

ตกพลีอกุดมการณ

“จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”

ตกพลีกออุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการงานสุขภาพชุมชน

ผู้เขียน **พ.ญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร** สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
รศ.ดร.ณรงค์ เพชรประเสริฐ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพชุมชน
แผนงานเครือข่ายเรียนรู้เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ที่ปรึกษา **สุพัทธรา ศรีวณิชชากร**
บรรณาธิการ **สุรศักดิ์ อธิคมานนท์**
พิมพ์ครั้งที่ 1 **กุมภาพันธ์ 2550**
จำนวนพิมพ์ **2,500 เล่ม**

พิมพ์ที่ **โรงพิมพ์พิมพ์ดี โทรศัพท 0-2803-2694**
รูปเล่ม **เมธา นราศรี, สุภาภรณ์ เจียมจิตร**
โทรศัพท 08-1348-4486
ราคา **180 บาท**

จัดพิมพ์และเผยแพร่ **สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)**
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท 0-2590-1851, 0-2590-1852
โทรสาร 0-2590-1839
Website www.thaiichr.org
E-mail ICHR2005@yahoo.com

คำนำ

หนังสือ ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ...สู่ปฏิบัติการงานสุขภาพชุมชน เล่มนี้ เป็นความพยายามของภาคีเครือข่ายนักวิชาการ ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้น หนุนเสริม ทำงานที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพและสุขภาวะของประชาชน เอกสารวิชาการนี้เขียนขึ้นในโอกาสการจัดประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศครั้งที่ 2 ในหัวข้อ “ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการ...งานสุขภาพชุมชน”

บทความทั้งสี่เรื่อง ต้องการสื่อแสดงให้เห็นเข้าใจถึงเหตุผล แนวคิด หลักการ วิธีการ ตลอดจนเงื่อนไขสำคัญบางอย่าง ที่เป็นกลจักรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนผ่านการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ” มีเนื้อหาที่ต้องการขยายความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งแสดงให้เห็นปรัชญา แนวคิด ทิศทางของระบบสุขภาพ ตลอดจนเหตุผลความจำเป็นที่ทุกฝ่ายซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจ ใส่ใจ ที่จะพัฒนาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ (จุดคานงัด) ของการพัฒนาาระบบสุขภาพ

ความเป็นธรรมในสังคม เพื่อสุขภาพ เป็นการเสนอมุมมองความเป็นธรรมเชิงสังคมซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำคัญประการหนึ่งของการจัดระบบบริการสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ระบบสุขภาพที่จัดขึ้นต้องใส่ใจเกี่ยวกับเรื่องความเป็นธรรม สาระของบทความชิ้นนี้แสดงให้เห็นและเข้าใจได้ว่า ความไม่เป็นธรรมที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพมีทั้งระดับโครงสร้าง (ต้นทุนสุขภาวะของชีวิตแต่ละคน) และปัญหาระดับนโยบาย การบริหาร การจัดการ การแก้ปัญหาต้องแก้ทั้งสองระดับจึงจะทำให้เกิดความเป็นธรรมเพื่อสุขภาพมากขึ้น

สู่จินตนาการใหม่ คืบหัวใจให้สุขภาพชุมชน เสนอมุมมองและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนหรือมาคาดติเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพชุมชนภายใต้ความหมายที่กว้างขวางกว่าความเข้าใจเดิมที่เป็นอยู่ ขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นคุณค่า ศักดิ์ศรีของบริการสุขภาพชุมชนว่าเป็นบริการที่ดีเป็นศิลปะชั้นสูงของการเยียวยารักษาโรค ความเจ็บป่วย และความทุกข์

เนื่องจากเป็นบริการที่ต้องผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ในการทำงาน ที่สำคัญบทความได้สะท้อนให้เห็นหัวใจของบริการสุขภาพชุมชนที่เป็น “การทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” อาจเรียกได้ว่าเป็นคือ “อัตลักษณ์” หรือ “อุดมคติ-อุดมการณ์” ของการบริการปฐมภูมิ เห็นจะไม่ผิด

การทำงานภาคีเครือข่ายกับการสร้างพลังภาคีชุมชนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นบทความที่ขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาพลังของภาคีเครือข่าย ซึ่งมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ การพัฒนาการเรียนรู้และการบริหารจัดการที่ดี นอกจากนี้ยังได้นำเสนอตัวอย่างการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งมีการนำแนวคิดการสร้างภาคีเครือข่ายไปใช้เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพชุมชนไปสู่ทิศทางที่มุ่งหวัง

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
กุมภาพันธ์ 2550

สารบัญ

งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”
หน้า 2

ความเป็นธรรมในสังคม เพื่อสุขภาพ
หน้า 22

สู่จินตนาการใหม่ คืบหน้าให้สุขภาพชุมชน
หน้า 26

การทำงานภาคีเครือข่ายกับการสร้างพลังภาคีชุมชน
เพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน
หน้า 38

งานสุขภาพชุมชน
“จุดผ่านจัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”

งานสุขภาพชุมชน

“จุดถนัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”

แพทย์หญิง สุพัตรา ศรีวณิชชากร

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

จุดเริ่ม คือ มิติที่กว้างขวางของสุขภาพ

สุขภาพ หรือสุขภาพจะประกอบด้วยมิติที่กว้างใหญ่ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณหรือทางปัญญา เชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อมด้านต่าง ๆ ขยายความไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้างมาก รวมไปถึงมากมายในการดำรงชีวิตนอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วยและโรค

ระบบสุขภาพกว้างใหญ่กว่าระบบสาธารณสุข

สุขภาพของประชาชนจะดีหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัย 4 ประการ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมประชาชน และการบริการสาธารณสุข “การบริการสาธารณสุข” ไม่ใช่พระเอกที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดี แต่เป็นกลไกหนึ่งของระบบทั้งหมด กลไกนี้ควรเป็นส่วนหนึ่งที่ไปเคลื่อนการพัฒนาปัจจัยอื่นด้วย

การบริการสาธารณสุข เป็นระบบย่อยส่วนหนึ่งที่ช่วยเยียวยา ช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่เจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และช่วยเหลือในด้านบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนจัดการเองไม่ได้ มีขอบเขตของการให้บริการหลากหลายเป็นสเปคตรัมตั้งแต่เมื่อมีปัญหาไม่มากนักถึงปัญหาที่ซับซ้อน ใช้อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพง และบทบาทอีกส่วนที่จำเป็นคือหน่วยบริการสาธารณสุขต้องทำงานเชื่อมโยงกับปัจจัยอีก 3 ด้าน (พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม) ที่ช่วยให้สุขภาพดี เพียงแต่ในส่วนนี้บริการสาธารณสุขมีบทบาทในการชี้ประเด็นปัญหา กระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการและพัฒนา มิได้เป็นหน่วยที่ดำเนินการแก้ปัญหาโดยตรง

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข และระบบสุขภาพ เป็นส่วนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ชุมชนมากที่สุด เป็นส่วนที่เชื่อมกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำประกาศอัลมา อัลตา โดยองค์การอนามัยโลก

สาธารณสุขมูลฐาน

หมายถึง ปรัชญา แนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพที่เสนอให้มีการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นที่กระจายได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงบูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม และบูรณาการกับกระบวนการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งเป็นส่วนบริการด้านแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ใกล้ที่ทำงาน เป็นระบบดูแลที่ต้องปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน ประชาชนเข้าถึงได้ พัฒนาขึ้นด้วยหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ และสังคมยอมรับ ชุมชนมีส่วนร่วมกำหนด และสุดท้ายทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ ด้วยราคาค่าใช้จ่ายที่ชุมชน และประเทศรับได้

ระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนามาจากรากฐานแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอุดมการณ์ที่ยิ่งใหญ่ ในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงที่ประชาชนและสังคมยอมรับ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ด้วยค่าใช้จ่ายที่ชุมชน ประเทศรับผิดชอบได้ และเป็นส่วนที่ประกันความเป็นธรรมของสังคมในด้านสุขภาพ

นั่นหมายถึง ระบบบริการปฐมภูมิ มิได้เกิดหรือพัฒนาขึ้นอย่างไรก็ตาม แต่มีทิศที่ชัดคือ ต้องตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์สุขภาพของชุมชนและสังคมนั้น ๆ ต้องประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และช่วยให้ชุมชน สังคม พึ่งตนเองได้

ทิศการพัฒนาคุณภาพของบริการระดับนี้ มีกุญแจสำคัญ คือ ต้องใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ใช้ทรัพยากรอย่างพอดี ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ให้เกิดผลลัพธ์งานที่ประชาชนยอมรับ **เหล่านี้ เป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิ เป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ รวมทั้งการต่อยอด เชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย**



ศทพสีกอดมการณบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิวัติการ งานสุขภาพชุมชน

อะไรคือบริการปฐมภูมิ อะไรคือสุขภาพชุมชน

ตามที่รับรู้ และใช้กันทั่วไป ระบบบริการปฐมภูมิ มีความหมายดังนี้

“ระบบบริการปฐมภูมิ” หมายถึง ระบบที่จัดบริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง

ถ้าพูดให้ง่าย บริการปฐมภูมิก็คือบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เป็นบริการด่านแรก ที่เข้าถึงง่าย และที่สำคัญ หน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเสมือนหมอประจำหมู่บ้าน หรือหมอประจำชุมชนที่ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษากับประชาชนในทุกด้าน ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสุขภาพ **ลักษณะเด่นของบริการปฐมภูมิ คือ บริการทั้งคน ไม่แยกส่วนเป็นโรค เป็นบริการที่ดูแลเป็นชุมชน เป็นคนทั้งคนไม่แยกส่วนเป็นโรค และดูแลต่อเนื่อง**

อะไรคือสุขภาพชุมชน

สุขภาพชุมชน เป็นเป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน เป็นระบบที่กว้างใหญ่กว่าบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพโดยชุมชน เพื่อชุมชน และโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นระบบที่มีได้ครอบคลุมเฉพาะแก้ปัญหาความเจ็บป่วย แต่รวมไปถึงการป้องกันปัญหา การแก้ปัญหาที่ฐานรากของสุขภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับการทำมาหากิน สภาพสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อม

ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบทั้งหมดซึ่งสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชนและการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขของสมาชิกในชุมชน ระบบนี้มีองค์ประกอบหลายด้านทั้งที่เป็นปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และสภาพแวดล้อมด้านกายภาพและชีวภาพ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลข่าวสารในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ และองค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอันมีผลกระทบต่อสุขภาพในความหมายที่กว้างขึ้นกว่าเดิม

อาจกล่าวได้ว่าบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนย่อยของระบบสุขภาพชุมชนที่มีเป้าหมายปลายทางเหมือนกัน คือสุขภาพดีของประชาชน มีกลไกและกระบวนการทำงานในทิศเดียวกัน

พัฒนาการของการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทย

การจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทย มีการพัฒนามายาวนาน ในลักษณะที่เป็นการขยายโครงสร้างบริการพื้นฐาน ตั้งแต่การสร้างให้มีสถานอนามัยดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขครอบคลุมทุกตำบล การขยายให้มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ การจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานโดยศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และการพัฒนาในลักษณะของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแปลเป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านโภชนาการ การป้องกันโรคติดต่อต่างๆ การจัดการด้านสุขาภิบาล ด้านน้ำสะอาด และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น

เพียงแต่การพัฒนาในระยะที่ผ่านมา ต้องเผชิญกับความขาดแคลนบุคลากร จึงทำให้บทบาทในการให้บริการ เป็นเพียงการบริการรักษาโรคเบื้องต้น คัดกรองปัญหา และดำเนินการป้องกันโรคที่มีรูปแบบชัดเจน ในด้านการจัดการปัญหาที่มีลักษณะประยุทธ์เฉพาะพื้นที่ยังไม่ชัดเจน การจัดบริการยังไม่มีเอกลักษณ์ที่เด่นชัดของหน่วยนี้เอง แต่อย่างไรก็ตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการขยายจำนวนมาก บริการกระจายอย่างทั่วถึง เป็นส่วนที่รองรับบริการส่วนใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุขไทย และทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่มีปัญหา โรคติดต่อลดลง อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง



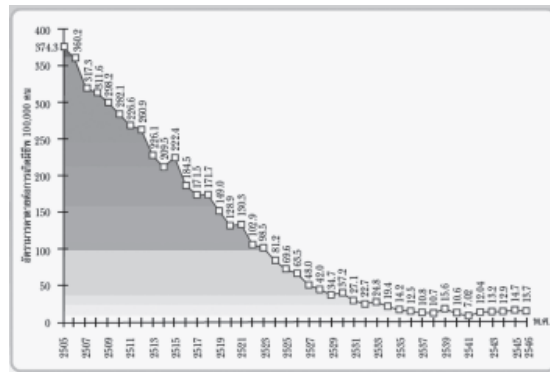
ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
 สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

ภาพที่ 1: จำนวน และสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับ พ.ศ. 2528 และ 2546



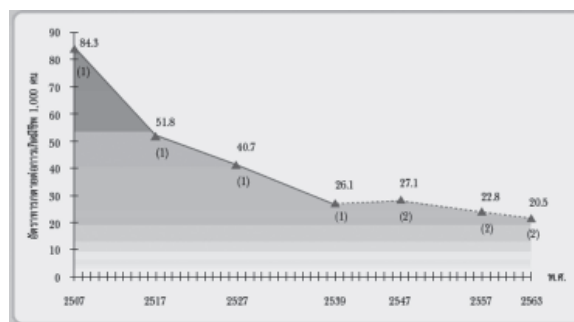
หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)

ภาพที่ 2 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - 2546



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - 2563

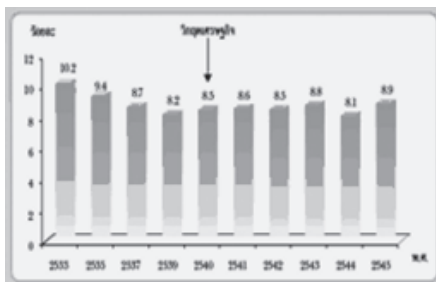


ที่มา : (1) จากการคาดการณ์โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 (2) จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ทำไมต้องปฏิรูปคุณภาพของบริการสุขภาพ และบริการปฐมภูมิ

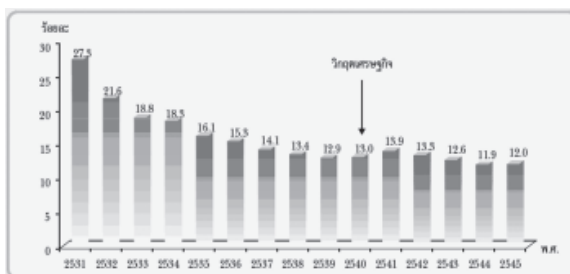
แม้ผลลัพธ์โรคติดเชื้อลดลง อัตราการตายของแม่และเด็กลดลง เนื่องจากประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น แต่ก็พบว่า อัตราตาย หรือ ปัญหาสุขภาพต่างๆ หลายด้าน อยู่ในสภาวะคงตัว ไม่ลดลงกว่าเดิม เช่น ปัญหาโลหิตจางของมารดา หรือ ภาวะทารกน้ำหนักน้อย อีกทั้งมี ปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เชื่อมกับพฤติกรรมและสังคม ตัวอย่างเช่น การติดเชื้อเอชไอวี ผู้เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการมาในอดีตและปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการที่เน้นแต่ด้านชีวการแพทย์ไม่ได้ผลเพียงพอ ต้องการปฏิรูปวิธีคิดและการจัดการใหม่ จึงจะตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านสังคมพฤติกรรมได้ บริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการฐานรากของระบบบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องปรับตัวและปฏิรูปกระบวนการ ความสามารถให้ตอบสนองต่อลักษณะปัญหาสุขภาพแบบใหม่ได้ บุคลากรด้านสุขภาพต้องปรับให้มีความสามารถที่พอดีเหมาะสมกับบทบาทใหม่

ภาพที่ 4 ร้อยละของทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม พ.ศ. 2533-2545



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct<33%) ไทย พ.ศ. 2531-2545

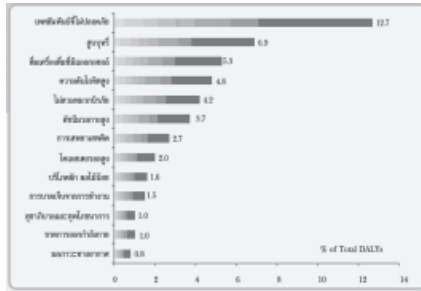


ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

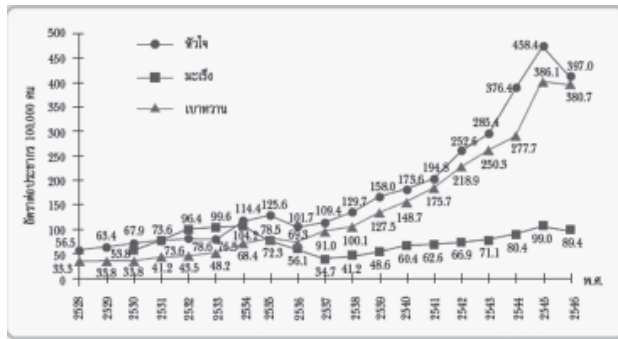


ศทพสีกอดมการณบบริการปฐมภูมิ
 สู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน

ภาพที่ 6 ร้อยละของภาระโรค ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542



ภาพที่ 7 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากรพันคน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528-2546



ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 หมายเหตุ : ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ.2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูก และเต้านม เท่านั้น

ทุกข์และคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบัน

ปัจจุบันบริการทางการแพทย์มีการพัฒนาในด้านเทคโนโลยี สำหรับรักษาโรคต่างๆ มีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อการผ่าตัดด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาการฟ้องร้องแพทย์เพิ่ม ซึ่งย่อมสะท้อนช่องว่างของบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน

ในภาพทั่วไป ปรากฏการณ์ที่พบกันเสมอ คือ คนไข้ไปแน่นแออัดที่โรงพยาบาล คนไข้ต้องเดินทางแต่เช้าเพื่อไปรับบริการ ต้องรอคอยการตรวจ แต่เวลาที่ได้ตรวจจริงเพียง 1-2 นาที หลังจากนั้นต้องรอรับยา กว่าจะได้กลับบ้านก็บ่าย หรือเย็น เสียเวลาไปทั้งวัน บางครั้งก็เพียงเพื่อไปตรวจปัญหาสุขภาพเดิม รับยาเดิม เมื่อถามคนไข้ก็อาจจะบอกว่าพอใจ เพราะได้เจอหมอที่ตนเองเชื่อใจ แต่ถ้ามีบริการสุขภาพใกล้บ้านในคุณภาพที่ไม่ด้อยกว่ากัน ประชาชนส่วนใหญ่ก็อยากได้หน่วยบริการใกล้บ้าน

ที่ลำบากมากยิ่งขึ้น เห็นจะเป็นกรณีที่คนป่วยหนึ่งคน มีโรคหลายโรค ต้องพบหมอหลายคน และถูกนัดให้ไปตรวจคนละวัน แต่ครั้งก็ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 วัน เป็นความทุกข์ยากของผู้ป่วยในการมารับบริการ และมีไข้เฉพาะคนไข้ที่ต้องเสียเวลา ยังมีญาติที่ต้องพาผู้ป่วยไปด้วย ที่อาจต้องลางาน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

เมื่อประชาชนไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย หลายแห่งก็พบว่าไม่มียาเหมือนโรงพยาบาล หรือไม่เจอหน้าหมอ เนื่องจากหมอไปประชุม อบรม ทำให้ต้องไปหลายครั้ง หรือไปรักษาที่อื่นแทน ก็เลยจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล แม้จะลำบากกว่าก็ตาม แต่การเดินทางในปัจจุบันก็สะดวกมากขึ้นจึงทำให้ประชาชนไปใช้บริการล้นที่โรงพยาบาล

ปรากฏการณ์เหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ และระบบการเชื่อมต่อด้านสาธารณสุขในประเทศไทยยังไม่เข้มแข็ง สถานีนอนามัย หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันยังมีบทบาทที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่ปรับเปลี่ยนไปได้ไม่เต็มที่ ยังสร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ไม่มาก ทุกวันนี้เราทำกลับกันซึ่งก็เหมือนกับทั่วโลกที่ให้ความสำคัญกับบริการระดับตติยภูมิ ทำได้ดีมาก แต่พอเป็นบริการปฐมภูมิยังทำได้ไม่ดี

จะปฏิรูป ปรับเปลี่ยนการจัดบริการปฐมภูมิไปข้างหน้าอย่างไร

ฐานรากแนวคิดของการพัฒนาบริการสุขภาพที่สำคัญก็ยังเป็นแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน แต่ต้องกลับมาทบทวน กลวิธีและแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์มากขึ้น ต้องแก้ส่วนที่เป็จุดอ่อนและช่องว่างการพัฒนาที่ผ่านมา

การพัฒนาที่ผ่านมา เน้นการจัดบริการด้านการแพทย์ เน้นการรักษาด้านร่างกาย การใช้เทคโนโลยีมาก แต่ละเลยปัจจัยด้านจิตใจ ด้านสังคม บริการปฐมภูมิที่ผ่านมาก็เน้นบทบาทการคัดกรองโรค ให้วัคซีน การจัดการเรื่องน้ำและส้วม แต่ก็มีหลายพื้นที่ที่มีการดูแลผสมผสานด้านจิตใจ และการปรับพฤติกรรมไปพร้อมกัน ตามสภาพแวดล้อม แต่ก็เป็นการทำตามความถนัด และเจตคติของผู้ให้บริการเฉพาะคน ยังไม่ชัดว่าประเด็นเหล่านี้เป็นคุณค่าที่สำคัญของบริการสุขภาพ ยังขาดการสนับสนุนพัฒนาให้มีบทบาทในด้านนี้อย่างจริงจัง และอย่างเพียงพอ เพื่อให้แสดงบทบาทและศักยภาพอย่างเต็มที่ ทั้งที่หน่วยนี้มีจุดเด่น คือ การเป็นหน่วยบริการที่อยู่ในชุมชน ใกล้บ้าน และคลุกคลีกับประชาชนได้ดี



ศทพสีกออุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน

ตาราง การปรับเปลี่ยนจาก หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน
(From Primary Medical to Primary Health Care)

แบบเดิม	แบบใหม่
	จุดเน้น
โรค ความเจ็บป่วย การรักษาให้หาย	สุขภาพ สุขภาวะ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแล รักษา
	เนื้อหา
การรักษา ดูแลเป็นครั้ง ๆ (Episodic Care) ปัญหาเฉพาะ เป็นเรื่อง ๆ	การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษา ดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) ดูแลแบบผสมผสาน บูรณาการ
	โครงสร้าง องค์การ
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (specialists) แพทย์ บริการโดยบุคคลคนเดียว	ผู้ดูแลแบบองค์รวม (General Practitioners) สหวิชาชีพ บุคลากรสาขาต่าง ๆ ดูแลเป็นทีม
	ความรับผิดชอบ
ด้านการแพทย์ สาธารณสุข เพียงส่วนเดียว วิชาชีพ มีบทบาทมาก เป็นแบบตั้งรับ	ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ชุมชนมีส่วนร่วม ทุกคนมีความรับผิดชอบ (self-responsibility)

แหล่งที่มา: ปรับจาก Vuori (1985)

ทิศทางสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ก็คือ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดูแลโรค หรือความเจ็บป่วย เป็นครั้ง ๆ ไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ดูแลจิตใจ ความรู้สึกของผู้รับบริการ สนับสนุนให้ประชาชนแม้มีโรคก็มีความสุขมีสุขภาพดีได้ สามารถพัฒนาต้นทุนสุขภาพที่อยู่ด้านในของคนให้มีคุณภาพ มีไข่แก้ปัญหาแต่ปรากฏการณ์ หรืออาการของโรค แต่ต้องค่อย ๆ เข้าไปช่วยกันแก้ปัญหาที่สาเหตุปัญหา หรือ รากของปัญหาความเจ็บป่วยนั้น ๆ ด้วย กระบวนการพัฒนาต้องเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพของตนเองที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาสุขภาพต้องรุกเข้าไปแก้ที่ปัจจัย สาเหตุของความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านพฤติกรรม ครอบครัว สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน บูรณาการเข้ากับกระบวนการพัฒนาชุมชน การศึกษา และมาตรการทางสังคมด้านต่าง ๆ ต้อง

ทำให้ปัญหาสุขภาพเป็นประเด็นสาธารณะที่ชุมชน และทุกภาคส่วนเห็นเป้าหมายตรงกัน เห็นบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่จะเข้ามาช่วยกันพัฒนาได้อย่างชัดเจน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือเป็นหัวหอกสำคัญของการปฏิรูปนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องทำงานด้วยกระบวนทัศน์ที่ว่า หน่วยบริการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มิใช่ให้ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการ

คุณภาพสำคัญที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องพัฒนา คือ ทำให้ “ใกล้ใจ” ไม่ใช่แค่ “ใกล้บ้าน” ต้องใช้ความเข้าใจ ใฝ่ใจ กับผู้รับบริการให้มากขึ้น เอาใจเขามาใส่ใจเรา ต้องใช้ความรู้ที่มากกว่าทางการแพทย์ ต้องใช้ศาสตร์ทั้งด้านเวชศาสตร์ครอบครัว สังคมวิทยา จิตวิทยา และมานุษยวิทยา มาใช้เพื่อให้เข้าใจทั้งคนรายคนที่มาใช้บริการ เข้าใจเชื่อมโยงต่อถึงครอบครัว และชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความรู้เข้าใจทางด้านระบาดวิทยา และการสาธารณสุขในมุมมองที่เพิ่มมากขึ้น

การสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งต้องมองให้เห็นว่างานบริการปฐมภูมิเป็นศิลปะชั้นสูงของการเยียวยารักษาโรค ความเจ็บป่วย และความทุกข์ เพราะต้องผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะบริการปฐมภูมินั้นการมองแบบองค์รวม ไม่ใช่การรักษาร่างกายแบบเป็นเครื่องยนต์กลไกและเป็นการดูแลสุขภาพในบริบทของครอบครัว และชุมชนจึงต้องผสมผสานทั้งความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีความละเอียดอ่อน และมีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ พลังและเสน่ห์ของการทำงานบริการสุขภาพชุมชนอยู่ที่การเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรมของความเจ็บป่วยและความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์ (นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2549)

ระบบบริการปฐมภูมิจะมีคุณภาพได้นั้น นอกจากหน่วยนี้จะต้องพัฒนาตนเองแล้วยังต้องมีระบบส่งต่อ และการสนับสนุนที่ดีมีประสิทธิภาพไปในทิศเดียวกันด้วย จึงจะเกิดผลได้เต็มที่



ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ คือระบบที่เฟื่องมองให้ความสำคัญที่การให้บริการระดับปฐมภูมิ เน้นให้คนสามารถเข้าถึงได้ และได้รับบริการที่มีคุณภาพ บริการจะมีคุณภาพได้ก็ต้องการระบบส่งต่อ และระบบสนับสนุนที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งต่อให้การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไปตามความจำเป็น (ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา)

งานของหน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน

อาจแบ่งงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เป็นดังนี้

1. ดูแลบุคคลและครอบครัว อย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง
2. ดูแลเป็นกลุ่มประชากร เพื่อนำสู่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
3. สร้างการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพพร้อมกัน สร้างให้ชุมชนเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบ และดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง

อุดมการณ์ของบริการปฐมภูมิ และงานสุขภาพชุมชน ก็คือ

1. ระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นหลักประกันด้านความเป็นธรรมทางสังคม ทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ ผู้ทุพขัย ต้องได้รับการดูแลไม่ด้อยกว่าประชากรทั่วไป
2. งานสุขภาพชุมชน ถือว่าสุขภาพหรือสุขภาพะของทุกคนเป็นศีลธรรมพื้นฐานของสังคม กล่าวคือไม่ยอมให้มีคนถูกทอดทิ้ง หรือทนทุกข์ไร้คนดูแล เพราะแสดงว่าสังคมขาดศีลธรรมพื้นฐาน ระบบสุขภาพชุมชนจะไม่ยอมให้มีคนถูกทอดทิ้งในสังคมเด็ดขาด
3. ระบบบริการสุขภาพชุมชนเป็นการดูแลด้วยหัวใจใส่ใจความเป็นมนุษย์ มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจมิติสังคมวัฒนธรรมของประชาชนควบคู่ไปกับทักษะการดูแล รักษาทางการแพทย์และพยาบาล
4. เน้นการดูแลในมิติที่เป็นองค์รวมมองสุขภาพในมุมกว้าง และสุดท้ายต้องตอบสนองให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ

อุดมการณ์ของบริการปฐมภูมิ ก็คือ การทำให้เกิดระบบสุขภาพชุมชน ที่ชุมชนร่วมรับผิดชอบเป็นเจ้าของ จัดการดูแลสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้

สรุป ทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต ก็คือ การพัฒนาไปสู่สถาน
สุขภาพชุมชน

- ขยายขอบเขตงานจากบริการทางการแพทย์ ที่ดูแลโรค ความเจ็บป่วย ไปสู่การดูแล
เยียวายคนทั้งคน ดูแลอย่างองค์รวม ด้วยเข้าใจ ใส่ใจความเป็นมนุษย์ มีความ
ละเอียดอ่อนต่อจิตใจ มิติทางสังคม วัฒนธรรม และรากฐานปัญหาของความเจ็บ
ป่วย ความไม่สบาย บนฐานที่ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองและใช้บริการอย่าง
มีสมดุล
- ขยายจากงานรับ เป็นงานรุก เพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ
และเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในแนวใหม่ ที่มีได้ทำตามมุมมองของนักสาธารณสุข
เป็นหลัก แต่คำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน
ในมุมที่กว้างขวางมากขึ้น ทำให้ชุมชน ประชาชน และภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วน
ร่วมเป็นเจ้าของ
- เพิ่มบทบาทของนักสาธารณสุข นอกจากการเป็นผู้ให้บริการโดยตรง แต่ต้องให้มี
บทบาทเป็นผู้กระตุ้น อำนาจการ ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสุขภาพ
โดยชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างพอดีกับบริบท

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นจุดคานงัดยกระดับคุณภาพ ของระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่เน้นแต่เยียวายด้วยกระบวนการทางการแพทย์ การใช้จ่าย
และเครื่องมือราคาแพง เน้นการมารับบริการที่โรงพยาบาล กำลังประสบกับทางตัน ที่วนเวียน
เป็นวงจร ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพของระบบ
บริการสุขภาพโดยรวมได้ไม่มาก หรือส่งผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนได้เพียง
บางส่วน มีแนวโน้มของความไม่เข้าใจ ความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมากขึ้น
เรื่อยๆ เพราะด้านผู้ให้บริการก็รู้สึกเหนื่อย ทำเต็มที่แล้วยังไม่ได้ผล จนเกิดอคติกับผู้รับบริการ
ด้านประชาชนผู้รับบริการก็รู้สึกว่าปัญหาของตนไม่ได้รับการแก้ไขต้องตระเวนไปรับบริการหลาย
ที่เพื่อแสวงหาคำตอบและการช่วยเหลือที่พอดี บางส่วนก็มีปฏิกิริยาอย่างรุนแรงต่อผู้ให้บริการ
เป็นเสมือนปมเชือกที่มัดแน่นขึ้นเรื่อยๆ เป็นวงจรที่พันกันไปมา เป็นวงจรแห่งความชั่วร้าย ที่
ต้องหาทางออกใหม่



ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

นักคิดด้านสาธารณสุข ทั้งในประเทศไทย และบทเรียนต่างประเทศ ที่กล่าวว่า คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ จุดยุทธศาสตร์ หรือ จุดคานงัดคุณภาพของระบบบริการ สุขภาพที่เพิ่มการเข้าถึง เพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้น

ทั้งนี้มีหลักการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่า ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นจุดคานงัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมได้อย่างไร แสดงไว้ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ประกันความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

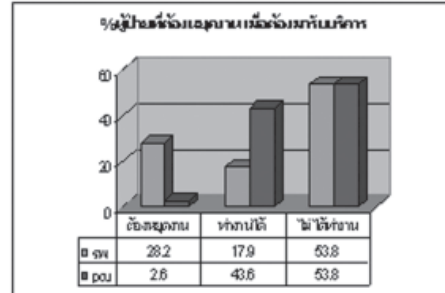
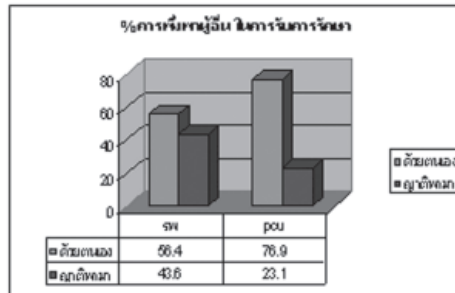
หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยเล็ก ไม่ใหญ่แบบโรงพยาบาล แต่กระจายทั่วประเทศ ทำให้บริการสามารถแทรกซึมเข้าไปได้ทุกจุด ครอบคลุมพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง เมื่อประชาชนเริ่มเป็นไข้ เจ็บป่วย ก็สามารถเข้าไปปรึกษาการดูแลรักษาได้ง่าย รวดเร็วสะดวก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

มีหลักฐาน รุปรธรรมมากมายที่แสดงลักษณะเด่นนี้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

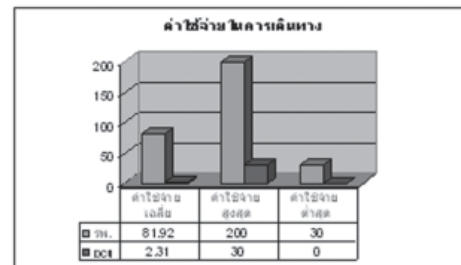
คนในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย ดูแลตนเองร้อยละ 15 ซึ่อยากินเองร้อยละ 32 ใช้บริการที่สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิก ร้อยละ 50 มีเพียงร้อยละ 28 ที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล (หาดใหญ่ 2540) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่แล้วประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้านเป็นอันดับแรกก่อน

เมื่อวิเคราะห์การใช้บริการที่สถานพยาบาลของประชาชนทั้งหมด พบว่าหลังจากที่ประเทศไทยมีการพัฒนาในด้านการกระจายหน่วยบริการมาตลอด ทำให้บริการเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) เกิดขึ้นที่สถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิพื้นฐานที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 8 ข้อมูลเปรียบเทียบเวลา และค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่โรงพยาบาลวารินทร์ข้าราชการ เทียบกับ PCU โนน้อย



	รพ.	pcu
เวลาเฉลี่ยในการเดินทาง (ชม)	5.56	2.54
เวลาออกจากบ้าน เข้าที่สุด	03.15	06.00
เวลาออกจากบ้านเฉลี่ย	05.15	07.50
เวลาถึงบ้าน เข้าที่สุด	14.00	12.00
เวลาถึงบ้าน เฉลี่ย	11.45	10.26



ข้อมูล จากศูนย์สุขภาพชุมชนโนนน้อย แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เมื่อ ศูนย์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพดี จะช่วยประชาชนได้มาก เพราะอยู่ใกล้ สะดวก เดินหรือขี่จักรยานไปได้ ใช้คนพาผู้ป่วยไปน้อยลง ไปใช้บริการได้ง่าย ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในการไปใช้บริการก็มีโอกาสใช้บริการได้ง่ายกว่า โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้เป็นภาระแก่คนอื่นน้อยกว่า การเสียโอกาสหยุดงานเพื่อไปรับบริการก็ลดลง ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางสั้นกว่า แสดงให้เห็นว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิเข้าถึงได้ง่ายกว่าโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ค่าใช้จ่ายก็น้อยกว่าทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารและอื่นๆ ที่ต้องใช้ ประมาณแล้วถึง 140,000 บาทต่อปี หากทุกตำบลจำนวน 8,000 ตำบลมีคุณภาพ ประชาชนไปใช้บริการเพิ่มขึ้น ก็จะประหยัดเงินไปได้ถึงปีละ 1,120 ล้านบาท และหากรวมค่ายาและค่ารักษากรณีเป็นไข้หวัดเจ็บคอ ที่รักษาได้เหมือนโรงพยาบาล ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าประมาณ 80 บาทต่อครั้ง เมื่อคุณจำนวนคนที่ไข้หวัดต่อปีปีละ 1 ครั้ง ก็จะประหยัดค่าใช้จ่ายไปได้อีกเป็นพันล้านบาทอีกเช่นกัน



ศทพสีกอดมการณบบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน

ในแต่ละชุมชน ในรอบ 1 เดือนมีผู้ที่มีอาการไม่สบายประมาณ 80% และในกลุ่มนี้มีเพียง 33 % ที่ใช้บริการที่สถานพยาบาล และเพียง 0.8% ที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล (Green LA 2001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโอกาสที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยประชาชนในกรณีเจ็บป่วยไม่มากมีจำนวนมาก ในการให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่ถูกต้อง หรือแม้แต่กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอีกจำนวนมากแม้ต้องการดูแลรักษาจากโรงพยาบาล แต่ก็ต้องการคำแนะนำที่เข้าใจชีวิต ความเป็นไปที่เกิดขึ้นรอบข้างของครอบครัวคนเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการคำแนะนำเรื่องอาหารการกิน เข้าใจเหตุการณ์ความเครียด และการปลอบใจให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อจัดการชีวิต และโรคได้ดีขึ้น

หน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มคุณภาพบริการสุขภาพ ด้วยความเข้าใจ ความใส่ใจ และใกล้ชิด

ความเป็นทีมเล็ก มีเครื่องมือทางการแพทย์ไม่มาก แต่จุดเด่นคือ อยู่ในชุมชน ใกล้ชิดชุมชน ทำให้เป็นโอกาสที่จะเข้าใจชีวิต เข้าใจปัญหาของประชาชน ฉะนั้นคุณภาพสำคัญของทีมนี้ คือ การสัมผัสกับชีวิตมนุษย์ (human contact) การเยียวยาที่ไม่ใช่แค่ยา แต่เป็นการดูแลที่เข้าใจ ใส่ใจความเป็นมนุษย์ มีการพูดคุยที่เป็นกันเอง เข้าอกเข้าใจเขา พยายามเข้าใจรากฐานปัญหาที่อาจมาจากปัจจัยชีวิตที่กระทบต่อความเจ็บป่วย หรือ ความทุกข์นั้น ทำให้แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ตรงประเด็นของเขา แก้ปัญหาได้ยั่งยืน

การศึกษาที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้รับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนฯ มีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่าผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทั้งในด้านคำอธิบาย การออกฤทธิ์ยา การตรวจร่างกายที่ละเอียดกว่า มีโอกาสพูดคุยมากกว่า แพทย์รู้จักผู้มารับบริการ ตรวจดูแลเหมาะสม คุยอย่างเป็นกันเอง และสนใจรับฟังเรื่องผู้รับบริการมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2540)

มีบริการหลายอย่างที่ทำได้เมื่ออยู่โรงพยาบาล แต่ทำได้มากมายเมื่ออยู่ที่สถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน

“เห็นจุดโหว่ที่ไม่มีอะไรมาเติมได้ หากทำงานที่โรงพยาบาลอย่างเดียว ณ ขณะนี้เป็นโอกาสที่มีงาน UC ที่ทำให้ทำอะไรง่ายขึ้น โอกาสของการพัฒนางานบริการปฐมภูมิยังมีมาก”

เป็นคำอธิบายของคุณหมอสุธี สุคติ โรงพยาบาลวารินชำราบ ที่ได้มีประสบการณ์การทำงานทั้งที่โรงพยาบาล และที่สถานีอนามัยเล่าให้ฟังว่า

“ตรวจผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลวันหนึ่งต้องตรวจคนไข้เป็นร้อยได้ แต่เขียนใบสั่งยาให้คนไข้ ลักษณะยาเป็นอย่างไรไม่เคยได้เห็น ตรวจคนละไม่เกิน 2-3 นาที ทำแบบนี้เป็นประจำมานานทั้งที่รู้ว่าไม่เพียงพอ แต่ก็ไม่รู้ทำอย่างไรจึงจะทำได้ดีกว่านี้ ขณะเดียวกันผมก็ไปตรวจที่สถานีอนามัย บังเอิญได้เจอกับยายคนเดียวกันที่รักษาที่โรงพยาบาล มาด้วยความดันโลหิตสูง 180 หากเจอยายคนนี้ที่โรงพยาบาล ก็คงได้แต่เพิ่มยามากขึ้น เมื่อเจอที่ สอ. จึงใช้โอกาสที่อยู่ใกล้ไปเยี่ยมบ้านยายตอนบ่าย ได้ไปเจอกองยาจำนวนมากที่หมอสั่งให้ไปเอง สิบกว่ารายการ ยาหลายตัวเหมือนกันมาก เป็นโอกาสที่หมอได้เห็นยาที่ตนเองสั่ง เราเป็นหมอยังสับสนกับยาเลย แต่ยายอายุ 80 กว่าปีอยู่กับตาอีกคนที่อายุไล่เลี่ยกัน จะไม่สับสนกับยาที่กินได้อย่างไร หมอจึงต้องคิดใหม่ว่าจะจัดการช่วยเหลือยายอย่างไรดี บังเอิญมีเภสัชกรที่ได้เคยคิดนวัตกรรมการจัดยาให้ผู้ป่วย ด้วยการจัดยาเป็น unit dose คือจัดเป็นซองเล็กๆ ใส่ยาทั้งหมดที่กินในแต่ละมื้อ ใส่ในซองใหญ่อีกที ทำให้ง่ายขึ้นในการกินไม่สับสน จึงได้วิธีการแก้ปัญหาของยายคนนี้ใหม่ แทนที่จะจ่ายยาเพิ่ม” นับเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นชัดว่า คุณภาพที่ดีของบริการที่ใกล้บ้านต่างจากที่โรงพยาบาลอย่างไร¹

มีโอกาสมากมายที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะช่วยเยียวยา และเติมพลังความรู้ ความสามารถ และกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตัวอย่างหนึ่งที่พบคือ กรณีผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแผลที่เท้าขนาดใหญ่ เมื่อถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลใหญ่ ก็ได้คำวินิจฉัยว่าเส้นเลือดตีบไปเลี้ยงแผลไม่ดี ต้องตัดขาออกส่วนหนึ่ง ผู้ป่วยยืนยันที่จะไม่ตัดขาและขอกลับบ้าน ด้วยความรู้สึกว่า “ไม่อยาก ตายไปเป็นผีที่ไม่มีขา” เป็นความรู้สึกเล็กๆ ของผู้ป่วยที่แพทย์และทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนได้ค้นพบ และด้วยความเข้าใจของทีมงานที่ ศสช. จึงได้ช่วยผู้เป็นเบาหวานคนนี้ ด้วยการช่วยเหลือ ทำแผลให้เองที่ ศสช. และสอนให้ภรรยาของผู้ป่วยทำแผลให้เป็น ทำทุกวัน จนในที่สุดแผลก็หายได้โดยไม่ต้องตัดขาในระยะเวลา 4 เดือน อีกทั้งผู้ป่วยก็ยอมเลิกไม่สูบบุหรี่ เมื่อเห็นหมอที่มีความจริงใจกับเขา อธิบายถึงสาเหตุของเส้นเลือดที่ตีบ ที่ส่วนหนึ่งมาจากบุหรี่²

¹ หมอสุธี สุคติ โรงพยาบาลวารินชำราบ

² วารินชำราบ อุบลราชธานี



ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การ งานสุขภาพชุมชน

มีข้อมูลจากหลายแห่งที่แสดงว่าผู้เป็นเบาหวานที่ดูแลอยู่ที่สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน มีระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้ดีกว่า มีการปรับตัว และพฤติกรรมความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับความรุนแรงระดับเดียวกันที่รักษาที่โรงพยาบาล อัตราการป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนและต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า³

หากทำงานตรวจผู้ป่วยที่มาหา แบบใส่ใจ ช่างสังเกต พยายามค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ก็อาจพบต้นตอปัญหาที่มาจากเรื่องอื่นที่มีใช้เพียงพยาธิสภาพทางกายของผู้ป่วย ได้แก่ กรณีตัวอย่างที่พบโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เห็นว่าเด็กคนหนึ่งที่มาหาหลายครั้งด้วยเรื่องปวดท้อง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร ทั้งที่อายุเพียงสิบกว่าปี ลักษณะคนไข้ดูทรุดโทรมมาก เมื่อถามให้ลึกขึ้นจึงพบว่าแม่มีปัญหาซึมเศร้า มีน้องเล็ก ๆ อีกหนึ่งคน และเมื่อไปเยี่ยมบ้านก็พบพ่อติดเหล้า ไม่มีใครที่ดูแลครอบครัว เด็กคนนี้ต้องเป็นคนเลี้ยงดูเด็กแทนสภาพบ้านเรือนทรุดโทรมมาก จากปัญหาโรคกระเพาะของเด็กนำไปสู่ปัญหาครอบครัว และปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องอีกมาก บทบาทของทีมงานนอกจากจะจ่ายแต่ยารักษาโรคกระเพาะให้แก่เด็กครั้งแล้วครั้งเล่า แต่ต้องเข้าไปช่วยเหลือดูแลทั้งเด็กคนนี้ และน้องตัวเล็ก รวมทั้งประสานให้มีการดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง.....เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของคุณภาพการดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานบริการปฐมภูมิ⁴

หน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มประสิทธิภาพ ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไป

เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน แก้ปัญหาได้ตรง เป็นที่ปรึกษาให้กับประชาชนได้ ประชาชนยอมไม่เร่ร่อนไปที่อื่นมาก ก็ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งคนไข้ สถานพยาบาลก็ประหยัด ไม่ต้องจ่ายยา หรือรักษาซ้ำที่ที่เคยรักษามาก่อน หรือ ลดการรักษาที่ไม่จำเป็นเพื่อเอาใจคนไข้ หรือเพื่อทดลองแก้ปัญหา ได้แก่ กรณีปัญหาที่สัมพันธ์กับจิตสังคม กรณีมารับยาบ่อย กรณีที่พบว่าปัญหาแท้จริงคือมาจากครอบครัวเจ็บป่วย

³อำเภอเมือง พิษณุโลก, พนมไพร ร้อยเอ็ด, กมลาไสย กาฬสินธุ์, 2548

⁴ตัวอย่างงาน และความดีของบุคลากรที่ปฏิบัติที่สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งก็คือ หน่วยบริการปฐมภูมิมีปรากฏในเอกสารหลายฉบับ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ยากไร้ คนพิการ ภายใต้งบเงินไขที่มีในแต่ละแห่ง

การศึกษาในหลายประเทศทั่วโลก (Starfield 1994) ให้ผลเป็นที่ชัดเจนว่าประเทศที่มีระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ค ฟินแลนด์ สเปน และสหราชอาณาจักร มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา (ซึ่งมีระบบบริการที่เน้นการแพทย์เฉพาะทางมาก) ถึงสองเท่า แต่ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนกลับดีกว่า อันได้แก่ อัตราเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราตายคลอดและการตายหลังคลอด อัตราการฆ่าตัวตายต่ำ และผลที่สุดคือ ประชาชนมีอายุไขเฉลี่ยยาวนานกว่า

ระบบบริการปฐมภูมิช่วยลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรมในสังคม

หน่วยงานที่ค้นหาและผู้ด้อยโอกาสต่างๆ อันได้แก่ คนพิการ คนจน ผู้สูงอายุ ผู้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ก็คือ สถานีอนามัย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทต่างๆ กลุ่มประชากรเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็ไปใช้บริการพื้นฐานที่สถานีอนามัย และหน่วยเหล่านี้ก็คือหน่วยทำหน้าที่การค้นหา และการดูแลประชากรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าถึงง่าย ย่อมส่งผลให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการได้มากกว่า มีบทเรียนจากต่างประเทศที่พบว่าประเทศที่มีการจัดบริการเน้นระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้ความเหลื่อมล้ำในการใช้ทรัพยากรสำหรับคนรวยและคนจนลดลง ผลการศึกษาในประเทศแถบอาฟริกา 7 ประเทศ ซึ่งว่างบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐบาลของแต่ละประเทศจ่ายนั้น ถูกใช้ไปกับประชากรที่มีฐานะดีกว่ากลุ่มยากจนถึง 2.5 เท่า แต่ประเทศที่เน้นการบริการปฐมภูมิ มีความแตกต่างในการใช้ทรัพยากรระหว่างคนรวยกับคนจนเพียง 1.5 เท่า (Starfield 2007)

ในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ โบลิเวีย คอสตาริกา การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิทำให้อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลง ทำให้อัตราตายทารกลดลง และอายุยืนยาวกว่าเดิม ในประเทศเม็กซิโก พบว่าพื้นที่ที่มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีอัตราการตายของเด็กลดลง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความยากจน



ศทพลีกออดมการณบบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบติการ งานสุขภาพชุมชน

ระบบบริการปฐมภูมิช่วยตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน ชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามาเป็นตัวหลัก จัดการสุขภาพด้วยตนเอง

ความที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยในชุมชน และต้องรับผิดชอบสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชน ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องตอบสนองปัญหาของชุมชน และความที่สุขภาพนั้นมีความหลากหลาย ความจำเพาะกับแต่ละคน แต่ละกลุ่มมาก ฉะนั้นเมื่อมีหน่วยเล็ก กระจายใกล้บ้าน พร้อมกับเปิดรับให้คำปรึกษา ก็ทำให้เป็นที่ปรึกษาของประชาชน ชุมชนได้สะดวก หลากหลายตามสภาพของแต่ละกลุ่ม

หน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นส่วนที่จะช่วยให้ระบบบริการสาธารณสุขตอบสนองกับชุมชน สังคม ได้อย่างตรงประเด็น และทั่วถึง

ทั้งหมดนี้เป็นคุณภาพที่ลึกซึ้ง เป็นคุณภาพใหม่ที่โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการขนาดใหญ่ทำได้ยากกว่า และเป็นคุณภาพที่ขาดหายไปในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดคานงัดที่ยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม และชุมชน

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพชุมชน ควรเป็นอย่างไร

การที่ระบบบริการปฐมภูมิจะสามารถส่งผลได้ดังข้างต้น หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความพร้อม และมีสมรรถนะที่ดี และต้องมีระบบการส่งต่อที่ดี มีระบบสนับสนุนอย่างพอดี ระบบบริการปฐมภูมิไม่อาจพัฒนาไปเองโดยโดด ๆ ได้ต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนอื่นที่พัฒนาไปในทิศเดียวกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระบบบริการระดับอื่น ๆ ก็ต้องเข้าใจบทบาทของระบบบริการปฐมภูมิ และแสดงบทบาทของตนเองได้พอดีด้วย

ความเป็นธรรมในสังคม
เพื่อสุขภาพ

ความเป็นธรรมในสังคม เพื่อสุขภาพ

โดย รศ.ดร.ณรงค์ เพชรประเสริฐ
คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถ้า สุขภาพ ของคนต้องประกอบด้วย กายภาพและจิตภาพ ปัจจัยที่จะนำไปสู่ “สุขภาพที่ดี” ก็มีทั้งสิ่งบำรุงกายและสิ่งบำรุงใจ

สิ่งบำรุงกาย ที่สำคัญที่สุดคือ ปัจจัยสี่ อากาศหายใจที่บริสุทธิ์ รวมถึงการได้ออกกำลังกาย ส่วนสิ่งบำรุงใจ คือสิ่งที่ทำให้จิตใจและอารมณ์เบิกบานแจ่มใส เช่น การได้รับความซาบซึ้งจากธรรมชาติ ความซาบซึ้งประทับใจศิลปะ ในบทเพลง การได้รักผู้อื่น และการได้รับความรักความเคารพนับถือจากผู้อื่น เป็นต้น

ปัจจัยแห่งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามที่กล่าวมานั้น คนทุกคนได้รับกันอย่างเสมอหน้าและเท่าเทียมกันหรือไม่? คำตอบคือ ไม่

อะไรคือสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม

ประการแรก คือเรื่องของปัจจัยสี่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ใครจะมีมาก มีน้อย เกินพอ พอเพียง หรือขาดแคลน ขึ้นอยู่กับกำลังซื้อหรือรายได้ของแต่ละคน เพราะในระบบทุนนิยม สิ่งเหล่านี้จะได้มาก็ต้องผ่านกลไกตลาด ผ่านการซื้อขายแลกเปลี่ยนทั้งสิ้น การจัดสรรและการกระจายจ่ายปันทรัพยากรและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ในสังคมทุนนิยม จะต้องกระทำผ่านกลไกตลาดทั้งสิ้น คนไม่มีรายได้ คนไม่มีกำลังซื้อ จึงไม่ได้รับการจัดสรรแบ่งปันให้อย่างพอเพียง ทั้งๆที่ทรัพยากรในสังคมไทยมีพอเพียงที่จะแบ่งปันให้ทุกคนนำไปเสริมสร้าง “สุขภาพ” ได้อย่างถ้วนหน้า แต่ภาวะรวยล้นกับจนเหลือที่เกิดขึ้นในสังคมทุนนิยม ทำให้คนจำนวนน้อยมีภาวะเกินพอ แต่คนจำนวนมากมีภาวะขาดแคลนไม่เพียงพอ

ในภาวะเช่นนี้เราจึงเห็นคนชราถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน จรจัด เด็กอมโรค ออไซ คนเป็นเอดส์ไม่มีใครดูแล คนพิการขอทานริมถนน คนจนป่วยเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาพยาบาล นี่คือภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี

ประการที่สอง ทางด้านสุขภาพจิต คนยากคนจน คนท้องหิว ดิ้นรนหาเช้ากินค่ำ โอกาสจะได้ฟังธรรมและซาบซึ้งในรสพระธรรมก็คงเป็นได้ยาก ธรรมะและสมาธิยากที่จะซึมลงไป คนที่ท้องกำลังหิว และก็ยากที่จะมีอารมณ์ซาบซึ้งประทับใจในศิลปะ ยากที่จะได้รับความรักและความอบอุ่นจากผู้อื่น คนเหล่านี้จึงมีแต่ความเหงา ว้าเหว่ ไร้ที่ยึดเหนี่ยวและพึ่งพาทางอารมณ์และจิตใจ

สุขภาพที่ย่ำแย่ในบริบทดังกล่าว สาเหตุหลักเกิดจากความไม่เท่าเทียม เกิดจากความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรในสังคม และนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมในการสร้างสรรสุขภาพในระบบทุนนิยมยุคตัวใครตัวมัน

นโยบายสาธารณะที่ว่าด้วยการรักษาพยาบาลถ้วนหน้า ช่วยลดความขาดแคลนด้านการรักษาพยาบาลไปได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถไปแก้ปัญหาค่าขาดแคลนทางกายภาพด้านอื่น ๆ และก็ไม่สามารถไปแก้ปัญหาด้านจิตภาวะ ภายใต้อำนาจว้าเหว่ โดดเดี่ยว ไร้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของคนบางกลุ่มได้ เช่น คนชราถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน คนจรจัด คนตกงาน เป็นต้น

ความไม่เป็นธรรมที่นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพในบริบทดังกล่าวเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ไม่สามารถแก้ได้เพียงการแก้ไขที่การบริหารจัดการหรือการแก้ไขเชิงเทคนิค แต่ต้องแก้ที่การปฏิรูปสังคม ลดการแบ่งแยกแตกต่าง สร้างความเป็นธรรมของการกระจายรายได้ สร้างสังคมสมานฉันท์ เกื้อกลุ่มรวมตัว เกื้อเกี่ยวเหนี่ยวนำ ร่วมมือประสานใจ ก้าวไปร่วมกัน แต่สิ่งเหล่านี้ยังต้องพยายามฝ่าฟันกันต่อไปในระบบทุนนิยมสยามของไทย

ความรุนแรงเชิงโครงสร้างมีผลต่อการทำลายสุขภาพของคนอย่างคาดไม่ถึง สังคมที่กำลังพัฒนาไปสู่ทุนนิยมอุตสาหกรรมและการค้า วันเวลาของคนส่วนใหญ่ต้องหมดไปในสถานที่ทำงาน ที่ถูกกฎเกณฑ์ระเบียบของการผลิตควบคุมบังคับให้ทำงาน เพื่อให้บรรลุผลกำไร ทำให้เกิดความเครียดสะสม ยิ่งรายได้จากการทำงานไม่คุ้มกับความเหนื่อยยาก และไม่พอเพียงกับความต้องการยุคบริโภคนิยมเฟื่องฟู ความเครียดก็ยิ่งสะสม การระบายความเครียดจึงออกมาด้วยการดื่ม การแสวงหาความสุขความสนุกชั่วคราวช่วยยาม นี่เป็นที่มาของภาวะ “จิตแตก” ภาวะจิตเสื่อมทรุด ไร้ความหวัง ไร้พลังของความมุ่งมั่นฝ่าฟันฝ่า หรือเกิดความแปลกแยกสภาวะทางสังคม ทำลายทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต



ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

ยิ่งระบบอุตสาหกรรมที่กระจุกตัว ได้ดึงกำลังแรงงานจากภาคชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ (กรุงเทพฯ และใกล้เคียง) ครั้นถึงวันหยุดติดต่อกัน ภาวะจิตแตกก็นำไปสู่การปลดปล่อยอารมณ์ สนุกลิ้มตาย บนเส้นทางคืนสู่บ้านเกิด เกิดโศกนาฏกรรมบนท้องถนน คนตายปีละนับพันคน ช่วงปีใหม่และสงกรานต์ คนตายยิ่งกว่าการทำสงครามระหว่างประเทศเสียอีก และคนที่ตาย คือคนจน คนขาดแคลน คนจิตแตกแปลกแยกสภาวะ คนที่ไม่ได้รับการแบ่งปันอย่างพอเพียง คนที่ครอบครัวมีรายได้ไม่พอกินจากภาคเกษตร นี่คือการความเลวร้ายทางสุขภาพของมนุษย์ ที่มี ต้นเหตุมาจากโครงสร้างของทุนนิยมไทยอย่างมีนัยสำคัญ

ในระดับนโยบาย แม้ว่าจะได้มีโครงการดูแลสุขภาพด้านรักษาพยาบาลถ้วนหน้า แต่ความไม่เป็นธรรมเชิงบริหารจัดการก็ยังมีให้เห็นในระบบนี้ ประเด็นที่ใคร ๆ มักจะไม่มองก็คือ ประเด็น “บัตรทอง” กับ “บัตรประกันสังคม” ผู้ถือบัตรทองบางคนอาจจะมีรายได้เดือนละ 10,000–20,000 บาท แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาล 30 บาท เมื่อไปโรงพยาบาล แต่ลูกจ้างคนงานจำนวนมากมีรายได้เดือนละ 4,000–5,000 บาท ถือบัตรประกันสังคม ต้องจ่ายเบี้ยประกันเจ็บป่วยเดือนละกว่า 30 บาททุกเดือน จะป่วยหรือไม่ป่วยก็ต้องจ่ายอย่างสม่ำเสมอ ขาดไม่ได้ กลายเป็นว่า คนถือบัตรทอง (บางคน) มีรายได้ดีมากแต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อย ขณะที่คนงานมีรายได้น้อยกว่า แต่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่า อะไรคือความยุติธรรมของนโยบายนี้ นี่คือการตัวอย่างหนึ่ง

สรุปว่าความไม่เป็นธรรมที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพมีทั้งระดับโครงสร้างและระดับนโยบาย การบริหาร การจัดการ การแก้ปัญหาต้องแก้ทั้งสองระดับจึงจะทำให้เกิดความเป็นธรรมเพื่อสุขภาพมากขึ้น

สู่จินตนาการใหม่
คืนหัวใจให้สุขภาพชุมชน

สู่จินตนาการใหม่ คืบหัวใจให้สุขภาพชุมชน

โดย ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

มายาคติเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพชุมชน

- บริการสุขภาพชุมชน ไม่ใช่แค่บริการด่านหน้า (Gate keeper) หรือนายหน้า นายทะเบียน
- บริการสุขภาพชุมชน ไม่ใช่ที่ส่งคนหมุนเวียนไปตรวจโรค (Extended OPD)
- บริการสุขภาพชุมชน เป็นศิลปะชั้นสูงของการเยียวยาความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์

บริการสุขภาพชุมชน หรือปฐมภูมิ (primary care) ที่กล่าวถึงกันมักถูกนิยามว่าเป็นบริการด่านหน้า หรือ Gate Keeper ซึ่งแท้ที่จริงแล้วไม่ควรนิยามเช่นนั้น เพราะระบบบริการสุขภาพชุมชนไม่ได้มีหน้าที่เป็นแค่นายหน้าหรือนายทะเบียนที่มีหน้าที่จดจำจำนวนคนขึ้นทะเบียนเป็นรายหัว หรือเพียงแค่นี้ให้ไปส่งตัว (refer) กับคนไข้ เพื่อให้คนไข้ไปรักษาที่อื่นที่เขาเห็นคุณค่ามากกว่า ดังนั้น ถ้าหากติดอยู่แค่นิยามว่าบริการสุขภาพชุมชนเป็นเพียงบริการด่านหน้า ก็จะไม่สามารถสร้างบริการสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งให้กับสังคมไทยได้ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพชุมชน จำเป็นต้องก้าวพ้นแนวความคิดเก่าที่ว่าบริการสุขภาพชุมชนเป็นเพียงบริการด่านหน้า หรือบริการสุขภาพเบื้องต้นไม่ซับซ้อน ใคร ๆ ก็ทำได้

และระบบบริการสุขภาพชุมชนไม่ใช่ที่ส่งคนหมุนเวียนไปตรวจโรค (Extended OPD) มีหลายพื้นที่ที่จัดส่งหมอ ส่งพยาบาลหมุนเวียนไปอยู่ตามหน่วยบริการสุขภาพชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน มีคนไข้มากก็ตรวจ ไม่มีคนไข้มากก็ไม่ตรวจ บางแห่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (specialist) ไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพชุมชน โดยไม่รู้จักชุมชนและก่อให้เกิดปัญหาตามมา เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่ที่แบ่งแยกและ

ซ้อนทับกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยถูกมองเป็นหมอมือสอง (second grade doctor) เพราะฉะนั้นแนวความคิดที่เห็นหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเป็นเพียงจุดตรวจโรคคนนอกโรงพยาบาล หรือ Extended OPD เป็นแนวคิดที่ทำลายคุณค่า ศักดิ์ศรี ของบริการสุขภาพชุมชน และถ้าแนวคิดบริการสุขภาพชุมชนถูกทำลายตั้งแต่เริ่มต้น แนวคิดที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพชุมชนจะถูกทำลายไปอย่างน่าเสียดาย เพราะคนจะคิดว่าบริการสุขภาพชุมชนไม่มีประโยชน์ ไม่มีคุณค่า และไม่มีศักดิ์ศรี

แต่ที่จริงแล้วระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นศิลปะชั้นสูงของการเยียวยาโรค **ความเจ็บป่วย และความทุกข์** เพราะต้องผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะการทำงานกับชาวบ้าน จะเห็นเขาเป็นเครื่องยนต์กลไกไม่ได้ หรือจะใช้เทคนิคการแพทย์นำอย่างเดียวก็ไม่ได้ ต้องผสมผสานทั้งความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีความละเอียดอ่อน และมีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ นี่คือหัวใจของบริการสุขภาพชุมชน พลังและเสน่ห์ของการทำงานบริการสุขภาพชุมชนอยู่ตรงนี้ เพราะจิตวิญญาณของงานบริการสุขภาพชุมชน คือจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ ซึ่งผสมผสานทั้งมิติทางการแพทย์และมิติทางสังคม

ถึงแม้ว่างานสุขภาพชุมชนจะไม่สามารถสู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ชั้นสูงในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ และไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่จะมานั่งตรวจคนไข้ แต่นั่นไม่ใช่สิ่งที่ต้องวิตก เพราะหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพชุมชนคือ **การบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์** ถ้าสามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพชุมชนมีหัวใจความเป็นมนุษย์มากเท่าไร ก็ไม่ต้องกังวลว่าจะไปสู้บริการสุขภาพในระดับอื่น ๆ ไม่ได้ เพราะบริการสุขภาพชุมชนมีจุดเด่นตรงที่เป็นบริการที่เข้าใจมนุษย์และอยู่บนพื้นฐานของความดี ความงาม และความถูกต้อง

ดังนั้น ภารกิจที่สำคัญคือการทำให้ระบบบริการสุขภาพชุมชนเป็นระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและวางอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ว่า **ระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นศิลปะชั้นสูงของการเยียวยาโรค ความเจ็บป่วย และความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์** เมื่อเป็นแบบนี้ภาพที่มองว่าบริการสุขภาพชุมชนเป็นหมอมือสอง หรือเป็นงานง่าย ๆ ที่ไม่มีคุณค่ามันจะหมดไป เพราะแต่ที่จริงแล้ว การทำงานในระบบบริการสุขภาพชุมชนที่มีคุณภาพ ทำได้ยากกว่าการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและต้องสัมผัสกับชีวิตของผู้คน เมื่อเป็นเช่นนี้การทำงานในระบบบริการสุขภาพชุมชน จึงมิใช่แค่การส่งคนไข้ไปยังบริการสุขภาพขั้นสูงกว่า แต่ในทางกลับกันบริการสุขภาพทุติยภูมิ และตติยภูมิ ต้องมาปรึกษาในกรณีกับผู้ป่วยมีปัจจัยสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องกับเจ็บป่วย หรือเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาการรักษาเยียวยาในชุมชน ซึ่งระบบบริการสุขภาพชุมชนมีความชำนาญ



ศทพสีกอดมการณบบริการปฐมภูมิ
สูบฏบัตการ งานสุขภาพชุมชน

วันหนึ่งเราจะมีระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มาขอคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเป็นบริการสุขภาพชุมชนที่มีศักดิ์ศรีไม่แพ้ระบบบริการสุขภาพอื่น เพราะมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดังนั้น สิ่งที่เราคุ้นเคยอาจไม่ใช่แค่การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบสุขภาพ แต่ต้องปฏิรูปในส่วนที่ลึกและยากที่สุดคือการปรับวิถีคิดของคน เพราะถ้าเราปฏิรูปสิ่งนี้ไม่ได้ การปฏิรูประบบสุขภาพทั้งหมดอาจล้มเหลว เพราะไม่ได้เปลี่ยนฐานวิถีคิดของคนทำงาน

กระบวนการสุขภาพ: ขยายกรอบความคิด สู่วิถีใหม่สุขภาพแบบองค์รวม

ปัญหาที่พามา

กระแสความสนใจในเรื่อง “สุขภาพแบบองค์รวม” เกิดขึ้นจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตก โดยมีรากฐานการคิดที่ว่าข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตกนั้นเป็นข้อจำกัดในระดับกระบวนทัศน์หรือทัศนะแม่บท (paradigm) อันเป็นรากฐานของวิถีคิดและการมองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของการแพทย์สมัยใหม่ วิถีคิดของการแพทย์สมัยใหม่มีรากลึกอยู่ในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิถีคิดที่มีลักษณะสำคัญคือ

- 1) เน้นความเป็นภาวะวิสัย (Objective) คือ มีอยู่จริงโดยไม่ขึ้นกับความรู้สึกนึกคิดของคน
- 2) เน้นการตรวจวัดได้ (Measurable) คือ ตรวจสอบได้อย่างแม่นยำ
- 3) เป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionistic) คือ ลดปรากฏการณ์ทั้งหมดของชีวิตและสุขภาพลงเหลือแต่สิ่งที่วัดได้ คือ กระบวนการทางชีววิทยาของอวัยวะต่าง ๆ การแพทย์แบบนี้จึงมีชื่อเรียกว่าการแพทย์แบบ Bio-medicine หรือการแพทย์ชีวภาพ ลักษณะของการลดส่วนนี้เป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่น ๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุ ทั้งนี้เนื่องจากตัวศาสตร์เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้ก่อนสิ่งที่วัดไม่ได้จึงอยู่นอกขอบวงความรู้ของวิทยาศาสตร์แบบนี้ ลักษณะของวิทยาศาสตร์แบบนี้ทำให้พรมแดนความรู้ของวิทยาศาสตร์ชุดหนึ่งมีการพัฒนาสูงมากคือ ความรู้ความเข้าใจทางชีววิทยา ซึ่งความรู้ทางชีววิทยาโดยธรรมชาติของมันเองจะจำกัดอยู่ในระดับปัจเจกบุคคล โดยไม่สนใจมิติทางสังคมของบุคคล

ความสำคัญของการปรับกระบวนการ

ในปัจจุบันกระแสความสนใจด้านศาสตร์สุขภาพองค์รวมมีการขยายตัวอย่างกว้างขวางในสังคมไทย ความตื่นตัวในการแสวงหาและใช้บริการทางเลือกเหล่านี้ มีรากฐานมาจากปัจจัยหลายประการ คือ

1. สถานะสุขภาพและแบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในด้านสภาวะสุขภาพอนามัยคือ ประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน และโรคโลหิตจาง รวมถึงโรคติดต่อร้ายแรงคือโรคเอดส์ ตลอดจนภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต โรคจากปัญหาอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคอุบัติใหม่

โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อยู่ในสาเหตุการป่วยและการตายในอันดับต้น และจากการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ พบว่ายังมีโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ที่มีแนวโน้มจะสูงขึ้น คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอักเสบและถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด กรวยไตอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคโลหิตจาง นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อเหล่านี้แล้ว ปัญหาโรคเอดส์ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง ยังได้กลายเป็นปัญหาสำคัญ โรคต่างๆ เหล่านี้มีส่วนทำให้ประชาชนแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการแพทย์แผนปัจจุบันเองก็ไม่สามารถรักษาโรคต่างๆ เหล่านี้ให้หายขาดได้ และยังมีข้อจำกัดในการสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกันประชาชนมีทัศนคติว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพสูงเฉพาะในกลุ่มโรคปัจจุบัน และโรคติดต่อต่าง ๆ ทำให้การแพทย์และศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่เสนอแนวคิดและทางออกที่แตกต่างต่อปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ได้กลายเป็นทางเลือกใหม่ของประชาชนมากขึ้น

2. ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine) ถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อยๆ แต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่างๆ กัน สุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่างๆ สามารถทำหน้าที่ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่นๆ อันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ วิทยาการการแพทย์ตะวันตก จึงอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทาง



ศทพสีกอดมการณบริการปฐมภูมิ
สูบปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน

ชีวิตวิทยาเป็นสำคัญโดยความเจ็บป่วยต่างๆ จะต้องถูกสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากการผิดปกติของอวัยวะใด และการเยียวยารักษาก็จะมุ่งไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่อวัยวะที่ผิดปกตินั้นๆ

การที่แนวคิดการแพทย์ชีวภาพยึดถือข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา มาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหาจึงมุ่งไปที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้นสามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การฉายแสง ที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ แนวทางการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยตามแนวคิดการแพทย์ชีวภาพจึงจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายเป็นสำคัญ และไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมจิตวิทยาของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลให้ขาดการใช้มาตรการทางสังคมและมาตรการทางจิตวิทยาในการเยียวยารักษาผู้ป่วย

3. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วย

โดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมองหาสาเหตุที่เฉพาะ และเน้นด้านกายภาพ ทำให้การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดได้เป็นหลัก จึงทำให้จำกัดอยู่เฉพาะในด้านกายภาพ และการแก้ปัญหาเฉพาะส่วน เฉพาะโรค แยกขาดจากกัน โดยขาดการพิจารณาทั้งระบบ ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากกรณีผู้ป่วยมีปัญหาโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบอวัยวะ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหลาย ๆ ด้าน มักจะมีปัญหาการประสานงานของแพทย์ต่างสาขา เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรคโดยที่ไม่มีใครดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน

4. ระบบการจัดบริการ

ในระบบการแพทย์แบบตะวันตก แพทย์และโรงพยาบาลเป็นที่รวมศูนย์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่าการ “ส่งเสริมสุขภาพ” กิจกรรมในสถาบันทางการแพทย์มีศูนย์กลางอยู่ที่ความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเน้นการมีสุขภาพดี จึงมีลักษณะบริการที่ต้งรับ คือปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา นอกจากนี้ บริการทางการแพทย์แบบตะวันตกยังมีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กล่าวคือ มีการจัดระบบบริการที่เหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมีได้สนใจความแตกต่าง หลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เป็นเพราะวัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตกถือเอาองค์ประกอบทางกายภาพเป็นสำคัญ และถือว่ามนุษย์มีกายภาพที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน

5. ระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์

การแพทย์แผนตะวันตกเป็นศาสตร์ที่ “คนส่วนน้อยหรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นที่เกี่ยวข้องได้” กล่าวคือ เรื่องสุขภาพในระบบการแพทย์ตะวันตกเป็นเรื่องของแพทย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้จัดการกับความเจ็บป่วยโดยเทคนิคและวิทยาการทางการแพทย์ บทบาทของผู้ป่วย คือ การให้ความร่วมมือ ขึ้นต่อ และพึ่งพาแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีอำนาจต่อรองน้อย เมื่อมีความไม่พึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์ก็ไม่สามารถต่อรองได้ แต่จะเก็บความรู้สึกไม่พอใจไว้ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การแพทย์พื้นบ้านแล้ว จะเห็นว่าผู้ป่วยและญาติมีส่วนที่จะสามารถพูดจาปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดกับหมอได้มากกว่า

แม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีจุดแข็งหลายประการแต่ก็มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความพึงพอใจ และสนองต่อปัญหาที่มีอยู่อย่างหลากหลายได้อย่างทั่วถึงบริบูรณ์ ระบบการแพทย์และศาสตร์สุขภาพทางเลือกอื่นๆ ซึ่งก็มีจุดแข็งจุดอ่อนเฉพาะตัว จึงมีส่วนในการตอบสนองปัญหาบางด้านที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถสนองตอบได้

ข้อจำกัดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการแพทย์แบบแยกส่วนและลดส่วน แสดงให้เห็นรายละเอียดจากตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระบบการแพทย์แบบชีวภาพกับระบบการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) ดังนี้



ศทพสีกอดมการณบรการปฏมกฏบ
สุมบฏบตการ งานสุขภาพชุมชน

การแพทย์แบบชีวกลไก	การแพทย์แบบองค์รวม
<p>1. ทิศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 แยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกัน และแยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.2 ให้ความสำคัญต่อการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยและโรค</p> <p>1.3 ยึดถือในทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) และเน้นการหาสาเหตุของโรคแบบเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติ</p> <p>1.4 มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกาย (Physical body) และเฉพาะแห่ง</p>	<p>1. ทิศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 สุขภาพ คือ ความเป็นเอกภาพ ความสมดุล และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.2 ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>1.3 เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย</p> <p>1.4 พิจารณา “ทั้งคน (Whole person)” ทั้งปัจจัยที่อาจเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆภายในร่างกายเอง ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสรรพสิ่งแวดล้อม</p>
<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่ง ๆ</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินแต่ด้านกายภาพ</p> <p>2.3 เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วนเฉพาะโรค/เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาทั้งระบบ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อและโรคเฉียบพลัน</p> <p>2.5 การรักษาเป็นการขจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะ</p> <p>2.6 มีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรคอย่างเดียวกัน</p>	<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ กระบวนการที่ต่อเนื่อง มีเหตุปัจจัยที่เป็นที่มา และที่ไป</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.3 เน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดห่วงชีวิต และปัจจัยแวดล้อมทั้งหมดทั้งด้านการงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจ อารมณ์ อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคเรื้อรังโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความเครียด และกลไกทางจิตใจ</p> <p>2.5 การรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคเกิดขึ้น</p> <p>2.6 การรักษาเน้นลักษณะเฉพาะของตัวผู้ป่วย ตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่ ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่สุดคดล้องกัน</p>

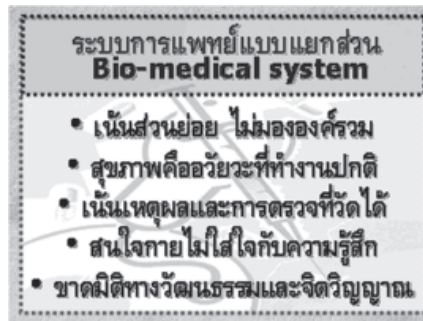
การแพทย์แบบชีวกลไก	การแพทย์แบบองค์รวม
<p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะและเป็นภาวะวิสัย (Objective) จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยคือผู้ที่มีความรู้ทางการแพทย์</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพา</p> <p>3.3 แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค ไม่มีใครรับผิดชอบต่อผู้ป่วยทุกคน</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเยียวยารักษาโรค</p>	<p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้รอบด้านแบบองค์รวมและแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย โดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และแหล่งประโยชน์สำคัญ (Resource person) การรักษาต้องอาศัยความรู้/ประสบการณ์ของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ สาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบหุ้นส่วน เท่าเทียม และช่วยเหลือกันและกัน</p> <p>3.3 ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมเป็นฝ่ายกระทำ (Active Role) ในการดูแลรักษาตนเอง</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจและความรู้ของผู้ป่วย มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาความเจ็บป่วย</p>
<p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 รวมศูนย์อำนาจในการรักษาอยู่ที่สถาบันแพทย์</p> <p>4.2 บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจากหลายโรงงานเดียวกัน กล่าวคือจัดระบบการให้บริการเหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคน</p> <p>4.3 ทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญแก่เครื่องมือและเทคโนโลยีราคาแพง (High tech) ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิด และความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการวินิจฉัย และรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมากขึ้น</p>	<p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะในการดูแลรักษาสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้</p> <p>4.2 เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาค ท้องถิ่น และบุคคล</p> <p>4.3 มนุษย์เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่า การสัมผัส ความอบอุ่น และน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา มีไข้ยา เครื่องมือ หรือโรงพยาบาลใด ๆ</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงเครื่องมือซับซ้อนที่ทะลุทะลวงร่างกาย เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ เครื่องฉายรังสี สนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้ยาหรือสารเคมีแปลกปลอมมารุกรานร่างกาย</p>



ศทพสีกอดมการณบริการปฐมภูมิ
 สู่ปฏิบัติกร งานสุขภาพชุมชน

การปรับกระบวนทัศน์สุขภาพ

โดยรากฐานคือ การรื้อฐานความคิดที่มองสุขภาพแบบลดส่วน แยกส่วน และมองแบบกลไก ซึ่งก็คือการขยายฐานความคิดเรื่องสุขภาพออกไปจาก bio-medical model of health ไปสู่ bio-psycho social model



Expanding The Definition of Health Humanizing Medicine



จะเห็นว่าระบบวิธีคิดของการแพทย์จะคุ้นเคยและถนัดที่สุดในเรื่องตัวโรค แต่หากขยายกรอบวิธีคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมก็จะพบว่ารู้เรื่องความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยน้อยลงตามลำดับ แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมนั้นไม่ใช่เพียงแต่รักษาโรคแบบแยกส่วนอย่างเดียว แต่จะต้องเข้าใจมิติของความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคและต้องเข้าใจความทุกข์ของมนุษย์ด้วยสุขภาพองค์รวมจึงเกี่ยวเนื่องไปถึงเรื่องของเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งทำให้แต่ละชุมชนมีความแตกต่างหลากหลายแล้วแต่บริบทของชุมชนนั้นว่ามีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างไร เพราะฉะนั้นการเคลื่อนจากฐาน bio-medical ไปสู่ bio-psycho social ต้องมีการขยายกรอบวิธีคิดหรือขยายนิยามของคำว่าสุขภาพออกไป และเป็นกระบวนการ

เพิ่มมิติของความเป็นมนุษย์เข้าสู่ระบบการแพทย์หรือเป็นการ **humanization** ของระบบการแพทย์ เพราะว่าหากกล่าวถึงมิติของความเป็นมนุษย์ในฐานะเดิมของการแพทย์ชีวภาพแล้ว โดยตัวศาสตร์ของมันเองนั้น เน้นการแยกชีวิตออกเป็นส่วนๆ หากเรานำคนมาถอดออกเป็นอวัยวะๆ มิติของความเป็นมนุษย์หรือมิติทางจิตวิญญาณก็จะหายไป เมื่อใดที่มนุษย์ถูกตัดทอนลงมาเป็นอวัยวะหรือชีวเคมี ความเป็นมนุษย์ก็จะเหลือแค่ระบบกลไกทางชีววิทยา มิติของความเป็นองค์รวม เช่น มิติทางจิตวิญญาณ มิติคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมิติของความสัมพันธ์ก็จะสูญหายไป

เพราะฉะนั้นภารกิจของการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวม จึงเป็นเรื่องของการลงทุนสร้างองค์ความรู้ ดังนั้นหากเห็นความสำคัญของการที่จะทำให้จินตนาการใหม่ของระบบสุขภาพชุมชนที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นจริง ความเข้าใจลักษณะองค์รวมของความเป็นมนุษย์จะต้องมีความเข้มแข็งทางวิชาการอย่างมากควบคู่ไปกับการสร้างอุดมการณ์ในการทำงาน รวมทั้งมีการสร้างความรู้และทักษะต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำอย่างไรให้คนทำงานสุขภาพชุมชนมีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งที่สามารถผสมผสานศาสตร์และศิลป์ที่จะทำให้บริการสุขภาพชุมชนมีมิติของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

หลักการ อุดมการณ์บริการสุขภาพชุมชน

อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การพัฒนาเทคนิคการทำงานเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ชี้วัดเพียงด้านเดียว ขาดการพัฒนาการเรียนรู้ ความเข้าใจรากฐานปรัชญาของบริการสุขภาพชุมชน ตลอดจนแนวคิดที่จะมากำกับรูปแบบการทำงานที่สำคัญ ขาดพลังขับเคลื่อนในเชิงอุดมการณ์ที่ทำให้คนทำงานสุขภาพชุมชนเห็นถึงคุณค่าของงานที่ทำ และมีความภาคภูมิใจ มีจิตใจที่จะทุ่มเทให้กับการสร้างงานสุขภาพชุมชน ทำให้การเคลื่อนไหวเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชนขาดพลังและความต่อเนื่อง

ดังนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องพัฒนาหลักการแนวคิดและอุดมการณ์ให้เกิดเอกลักษณ์ที่ชัดเจน ตลอดจนขยายแนวคิดที่เป็นจุดเด่นของบริการสุขภาพชุมชนให้กว้างขวางขึ้น เพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนในเชิงอุดมการณ์ของงานสุขภาพชุมชน ซึ่งถือเป็นอุดมการณ์สูงสุด ควบคู่ไปกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อฟื้นฟูอุดมคติของชีวิตอุดมคติการทำงานเพื่อสังคม



ศทพสีกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

อุดมการณ์สูงสุดบริการสุขภาพชุมชน

1. บริการสุขภาพชุมชน เป็นหลักประกันด้านความเป็นธรรมทางสังคม กล่าวคือบริการสุขภาพชุมชนเป็นไปเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม คนที่เข้าถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างน้อยที่สุดต้องประกันให้ได้ว่าเขาต้องเข้าถึงบริการสุขภาพชุมชนได้ เพราะฉะนั้นงานสุขภาพชุมชนจึงเป็นอุดมการณ์เพื่อความเป็นธรรมทางสังคม
2. งานสุขภาพชุมชน ถือว่าสุขภาพหรือสุขภาพะของทุกคนเป็นศีลธรรมพื้นฐานของสังคม กล่าวคือไม่ยอมให้มีคนถูกทอดทิ้ง หรือทนทุกข์ไร้คนดูแล เพราะแสดงว่าสังคมขาดศีลธรรมพื้นฐาน ระบบสุขภาพชุมชนจะไม่ยอมให้มีคนถูกทอดทิ้งในสังคมเด็ดขาด
3. บริการสุขภาพชุมชนเป็นบริการที่มีความเข้าใจความเป็นมนุษย์ มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจมิติสังคมวัฒนธรรมของชาวบ้านควบคู่ไปกับทักษะการรักษาพยาบาล

ลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพชุมชน

1. เข้าใจ คือ เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
2. ใส่ใจ คือ ใส่ใจกับความทุกข์ยาก และความเป็นมนุษย์ของผู้คน
3. อุ้มใจ คือ เจ้าหน้าที่มีวิชาการความรู้ที่ถูกต้องในการทำงาน และมีระบบการส่งตัวคนไข้ (refer) ที่ดี
4. ภูมิใจ คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสุขภาพชุมชนมีความภูมิใจในงานที่ตัวเองทำ ชาวบ้านเองก็มีความภูมิใจที่มีหน่วยบริการสุขภาพลักษณะนี้อยู่กับเขา
5. ใกล้ชิด คือ ทำงานใกล้ชิดกับทุกภาคี ทุกภาคส่วนในชุมชน

การฟื้นฟูอุดมคติอุดมการณ์ของงานสุขภาพชุมชนกลุ่มเป้าหมายหลักคือคนทำงานในระบบบริการสุขภาพชุมชน เพราะถ้าหากคนทำงานเองยังไม่ศรัทธา ไม่เห็นคุณค่าความหมายในงานที่ทำ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อขับเคลื่อนอุดมคติอุดมการณ์บริการสุขภาพชุมชนจะขาดพลัง รวมทั้งจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขวิชาชีพอื่น และสถาบันการศึกษาที่ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรออกมาทำงาน เพื่อช่วยเหลือกันในการขยายอุดมการณ์สูงสุดของงานสุขภาพชุมชน ฟื้นฟูอุดมคติของชีวิต อุดมคติในการทำงานเพื่อสังคม และการเห็นคุณค่าความหมายใหม่ของการทำงานให้บริการสุขภาพ อันจะเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพชุมชนที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

การทำงานภาคีเครือข่าย
กับการสร้างพลังภาคีชุมชน
เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

การทำงานภาคีเครือข่ายกับการสร้างพลังภาคีชุมชน เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

แผนงานเครือข่ายเรียนรู้เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ภาคีเครือข่ายสำคัญอย่างไร

“ภาคีเครือข่าย” เป็นคำที่มักได้ยินในโอกาสต่าง ๆ อยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่ต้องการให้เกิดการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็มักมีคำพูดว่า “เรามาทำงานด้วยกันเป็นภาคีเครือข่าย” หรือ “เราเป็นภาคีเครือข่ายกัน” ตัวอย่างเช่น ภาคีเครือข่ายของนักธุรกิจขายตรง ภาคีเครือข่ายนักพัฒนาสุขภาพชุมชน เป็นต้น

ระยะหลังในแวดวงสาธารณสุข มักได้ยินคำนี้มากขึ้น บ่อยครั้งขึ้น ดูเหมือน การทำงานเป็น “เครือข่าย” จะมีความสำคัญมากขึ้นสำหรับนักวิชาชีพและการจัดการด้านสุขภาพไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักวิชาชีพสุขภาพที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพชุมชน” ยิ่งต้องอาศัยความเป็น “ภาคีเครือข่าย” และใช้ยุทธศาสตร์ “ภาคีเครือข่าย” เป็นแนวทางสำหรับทำงานมากขึ้น ทั้งนี้เพราะลักษณะเด่นของการทำงานเป็นเครือข่ายที่นอกจากการได้หมู่พวกมาร่วมมือกันทำงาน ทำให้เกิด “พลัง” และ “กำลัง” ในการเคลื่อนกิจกรรมบางอย่างได้โดยง่ายแล้ว ยังพบว่าภายใต้ข้อจำกัดของการทำงานที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร ตลอดจนความรู้ การทำงานเป็นภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้องค์กร หน่วยงาน ทะลุทะลวงข้อจำกัดเหล่านี้ไปได้เพราะคุณลักษณะสำคัญของกระบวนการภาคีเครือข่ายอย่างหนึ่งก็คือ กระบวนการเครือข่ายเป็นกระบวนการที่เน้นการทำงานในลักษณะที่เป็น “การดูแล และแบ่งปัน” หรือ “care & share process” กล่าวโดยสรุปก็คืออรรถประโยชน์ของการทำงานเครือข่ายสามารถสรุปได้คร่าว ๆ ดังนี้

1. เครือข่ายเป็นกลไกในการขยายกิจกรรมไปสู่ชุมชนที่กว้างขวาง
2. เครือข่ายเป็นกลไกในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสื่อสารระหว่างสมาชิกภาคีเครือข่าย

3. เครือข่ายเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดสรร จัดการทรัพยากร

อย่างไรก็ตามเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ “ภาคีเครือข่าย” มากขึ้นน่าจะลองไปดูกันว่า มีใครกล่าวถึงภาคีเครือข่ายอย่างไรกันบ้าง

มีนักวิชาการและผู้รู้หลายท่านกล่าวถึง “ภาคีเครือข่าย” ไว้หลายมุมมอง อย่างน่าสนใจ ตัวอย่างเช่น คำอธิบายความหมายของภาคีเครือข่าย (network) ที่ว่า “เครือข่าย” เป็นรูปแบบทางสังคมที่เปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเพื่อการแลกเปลี่ยน และเป็นการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตลอดจนการร่วมกันทำงาน ทั้งนี้ภาคีเครือข่ายอาจประกอบด้วย องค์กรจำนวนหนึ่งที่มีอาณาเขตแน่นอนหรือไม่ก็ได้ โดยที่องค์กรเหล่านี้มีสถานะเท่าเทียมกัน (Alter and Snow:1993) หรืออีกแนวคิดหนึ่งได้กล่าวถึง “ภาคีเครือข่าย” ว่าเป็นการที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงานหรือสถาบันใด ๆ ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากันภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ) ขณะเดียวกัน องค์กรอนามัยโลก ให้ความหมายของ ไว้ว่า ภาคีเครือข่าย คือกลุ่ม บุคคล องค์กรและตัวแทนขององค์กร ที่ร่วมกันโดย ไม่มีลำดับชั้นของอำนาจบังคับบัญชา บนพื้นฐานของความสนใจหรือมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความริเริ่มและการพัฒนาอย่างเป็นระบบภายใต้พันธกิจและความเชื่อถือต่อกัน สมาชิกทั้งหลายเท่าเทียมกัน เป็นอิสระต่อกันและกัน และสามารถยืนอยู่ได้ด้วยตนเอง วิธีการทำงานของภาคีเครือข่ายจะมีพื้นฐานอยู่บนการเคารพซึ่งกันและกัน มากกว่าการเชื่อฟัง และปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจสั่งการ ทั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ภาคีเครือข่ายมีคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ ดังนี้

1. ภาคีเครือข่ายเป็นรูปแบบทางสังคมที่แสดงถึงความเกี่ยวเนื่อง เชื่อมโยง และการมีปฏิสัมพันธ์กันทั้ง ปัจเจกบุคคลกับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับองค์กร และองค์กรกับองค์กรแบบใดแบบหนึ่ง
2. ลักษณะของภาคีเครือข่ายและการมีปฏิสัมพันธ์กันของภาคีเครือข่าย/สมาชิก จะมีความเป็นอิสระ เท่าเทียม ปราศจากการครอบงำ บทความสมัครใจ ภายใต้ความเชื่อ/ความศรัทธา การเห็นคุณค่า/คุณประโยชน์ทั้งต่อตนเอง หรือองค์กร
3. การทำงานภาคีเครือข่ายมีการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรม ที่ชัดเจน ร่วมกัน เน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนและการทำงานอย่างเป็นระบบ (คือมีการกำหนดเป้าหมายการทำงาน มีกระบวนการทำงานเพื่อไปสู่เป้าหมายซึ่งอาจปรับเปลี่ยนได้แต่ต้องคงเป้าหมายและทิศทาง รวมทั้งมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ)



ตทพลศึกษาดูมการณบรการปรนบฏบฏ
สู่บฏบฏการ งานสขภาพบฏบฏ

รูปภาพ สรุปคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของการทำงานเป็นภาคีเครือข่าย

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
1. สมาชิก	1. การทำหน้าที่ด้วยจิตสำนึก	1. ผลประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน
2. การมีเป้าหมาย	2. การมีส่วนร่วม	2. การพึ่งพาตนเอง
มุมมอง หรือวิสัยทัศน์ ร่วมกัน		
3. ความสัมพันธ์	3. การปฏิสัมพันธ์	3. ความยั่งยืนของภาคีเครือข่าย
	4. การสื่อสาร	4. การขยายตัวของภาคีเครือข่าย
	5. การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน	
	6. ความเท่าเทียมกัน	
	7. การเรียนรู้	

ประเภทของภาคีเครือข่าย

การทำงานหรือการอยู่ร่วมกันเป็น “ภาคีเครือข่าย” นอกจากเป็นการรวมตัวของบุคคล กลุ่มคน องค์กร หน่วยงานเพื่อร่วมคิดร่วมกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีเป้าประสงค์เดียวกันแล้ว คุณลักษณะของภาคีเครือข่ายที่สำคัญคือ สมาชิก หรือภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่ายยังคงมีความเท่าเทียมกัน ยังเป็นอิสระต่อกัน โดยมี “เจตนารมณ์หรืออุดมการณ์ร่วม” การยึดโยงความเป็นภาคีเครือข่ายของสมาชิกไว้ ทั้งนี้ภาคีเครือข่ายที่มีเจตนารมณ์หรืออุดมการณ์ร่วมชัดเจน นอกจากจะพบว่าสมาชิกภาคีเครือข่ายจะสามารถกำหนดบทบาท (role) และความรับผิดชอบ (accountability) ของตนเองได้เองแล้ว บางภาคีเครือข่ายอาจพบการแลกเปลี่ยน “ทุน”¹ ซึ่งเป็นปัจจัยในการขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายโดยสมาชิกหรือภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่ายได้อีกด้วย

ผู้รู้และนักวิชาการพยายามอธิบายการเกิดขึ้นของเครือข่ายว่า “เครือข่าย” เกิดจากแนวคิดการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างของภาคีเครือข่าย และที่ต้องการรวมพลังให้เป็นพลังแบบทวีคูณ (synergy) เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งไปสู่เป้าหมาย แต่อย่างไร

¹ทุน สำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนเครือข่าย นอกจากงบประมาณแล้ว ยังมีทุนที่เป็นนามธรรมซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาแต่สามารถสัมผัสได้ด้วยความรู้สึก ได้แก่ คุณค่า (value sharing) ภูมิปัญญา ความรู้ เป็นต้น

ก็ตามหัวใจสำคัญของการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายคือความเต็มใจ ความเชื่อและศรัทธาที่มีต่อกันของภาคีสมาชิกไม่ว่าเครือข่ายนั้นจะเกิดขึ้นด้วยลักษณะใด ๆ ก็ตาม ทั้งนี้นักวิชาการได้จำแนก ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคีเครือข่ายด้วยคุณลักษณะต่างๆ ตัวอย่างเช่น การแบ่งเครือข่ายตามลักษณะพื้นที่ดำเนินงาน เช่น ภาคีเครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล จังหวัด ภาคและระดับ การแบ่งเครือข่ายตามประเภทกิจกรรม เช่น เครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก-เยาวชน การแบ่งเครือข่ายตามรูปแบบหรือโครงสร้างความสัมพันธ์ เช่น เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่แยกระหว่าง สสจ. กับ สอ. (เครือข่ายแนวตั้ง) เครือข่ายระหว่าง PCU กับ PCU (เครือข่ายแนวราบ) แต่ที่น่าสนใจคือการจำแนกการเกิดเครือข่ายตามลักษณะของจุดเริ่มต้นมี 3 ลักษณะได้แก่

ภาคีเครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ

ภาคีเครือข่ายนี้มักเกิดจากการที่ผู้คนมีความคิดคล้ายกัน ประสบปัญหาเดียวกันหรือเพื่อแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ภาคีเครือข่ายลักษณะนี้มักเกิดชุมชน ที่มีวัฒนธรรมหรือประวัติศาสตร์พัฒนาการร่วมกันในระยะเวลาดังหนึ่ง หรืออาจกล่าวได้ว่าอิทธิพลของการพัฒนาเครือข่ายลักษณะนี้จะเกิดขึ้นจากสมาชิกภายในเครือข่ายเป็นผู้ผลักดันขึ้นมาเอง

ภาคีเครือข่ายจัดตั้ง

ภาคีเครือข่ายลักษณะนี้มักเกี่ยวข้องกับนโยบาย ต้องการจัดการและอาศัยอิทธิพลในการขึ้นรูปเครือข่ายจากภายนอก เป็นการรวมแบบชั่วคราว/เฉพาะกิจ แต่ถ้าเครือข่ายลักษณะนี้ได้รับการชี้นำที่ดีก็จะสามารถพัฒนาไปสู่เครือข่ายที่แท้จริงได้ในที่สุด

ภาคีเครือข่ายวิวัฒนาการ

เป็นเครือข่ายที่เกิดต่อเนื่องจากเครือข่ายจัดตั้งแต่มีการพัฒนาและเสริมแรงจากภายในได้รับการกระตุ้นจรรยาบรรณสมาชิกเครือข่ายสร้างพันธะสัญญาของตนเองต่อเครือข่ายจนในที่สุดการเคลื่อนไหวเครือข่ายจะมีลักษณะเช่นเดียวกับการเคลื่อนไหวของเครือข่ายธรรมชาติ ตัวอย่างเช่น ชมรม/สมาคม ที่กระทรวงสาธารณสุขไปสนับสนุนให้จัดตั้งระยะแรก ๆ แต่ต่อมากลุ่มเคลื่อนไหวเครือข่ายเกิดโดยระบบและการจัดการของสมาชิกภายในด้วยกันเองอย่างเช่นชมรมออกกำลังกายตำบลน้ำแก่น ที่จังหวัดน่าน เป็นต้น



ตทพลีกอุดมการณบริการปฐมภูมิ
สู่ภูมิธรรม งานสุภาพบุรุษ

พัฒนาการของภาคีเครือข่าย

พัฒนาการของเครือข่าย สามารถจำแนกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

เครือข่ายระยะก่อรูป

เครือข่ายระยะนี้เป็นเครือข่ายในระยะที่ สมาชิกหรือภาคีของเครือข่ายโดยเฉพาะ กลุ่มแกนนำหรือภาคีส่วนนำ² เห็นเห็นเจือใจและความจำเป็น ที่จะต้องทำงานประสานกันเป็น เครือข่าย ระยะนี้รูปฟอร์มของเครือข่ายยังไม่ชัดเจนนัก สิ่งที่พบส่วนมากเป็นสิ่งที่เดียวกับที่นัก วิชาการเรียกว่า โครงสร้างทางความคิด หรือ cognitive structures ซึ่งส่วนมากสะท้อนออก มาในรูปของเจตนารมณ์อุดมการณ์ วิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) และมุมมองร่วมกัน (common perception)

เครือข่ายระยะขับเคลื่อน

เครือข่ายระยะขับเคลื่อน เป็นเครือข่ายที่ค่อนข้างเห็นรูปฟอร์มของการก่อตัวชัดเจน เห็นโครงสร้างทางความคิดชัดเจน ทั้งในแง่ปฏิสัมพันธ์ หรือกลไกการเชื่อมประสาน (bridge) การสื่อสาร และการบริการจัดการซึ่งส่วนมากจะมีลักษณะความสัมพันธ์แบบไม่มีลำดับชั้น (hierarchy) แต่ละคน แต่ละกลุ่ม แต่ละองค์กรเป็นอิสระต่อกัน ภาคีแต่ละส่วนสามารถบริหาร จัดการตนเอง (Self-regulating) ในการทำงานเครือข่ายได้อย่างเป็นอิสระ ระยะนี้นับเป็น ระยะที่ต้องใช้เวลายาวนานเนื่องจากเป็นระยะที่ต้องการการเชื่อมประสาน ซึ่งขึ้นอยู่กับความ สามารถในการบริการจัดการความสัมพันธ์ให้เกิดการบ่มเพาะความสัมพันธ์ ความศรัทธา และ ความไว้วางใจเชื่อใจตลอดจนการสร้างกรอบทางความคิดเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแก้ปัญหาหารือกันอย่างสร้างสรรค์รวมทั้งการดำเนินการร่วมกันระหว่างองค์กรอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายระยะขยายตัว

เครือข่ายระยะขยายตัว เป็นเครือข่ายที่สมาชิก/ภาคีเครือข่ายมีเจตนารมณ์ร่วมชัดเจน การเคลื่อนเครือข่ายเกิดประโยชน์ตามความสนใจร่วม (mutual interests/benefits) การ ทำงานเครือข่ายมีลักษณะเป็นการทำงานที่สมาชิกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง (all stakeholders participation) สมาชิกกำหนดวางสถานะของตนเองในเครือข่ายอย่าง

² วาทะกรรมจากชุมชนที่เรียกขานคนกลุ่มว่า “กลุ่มผู้ก่อการดี”

เท่าเทียมกันแต่แตกต่างกันบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกมีลักษณะเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) เนื่องจากธรรมชาติของการเกิดเครือข่ายส่วนหนึ่งเป็นเพราะความจำกัดของสมาชิกหรือภาคี ดังนั้นระยะนี้จะพบว่าสมาชิกและภาคีจะมีการดำรงอยู่ในเครือข่ายแบบพึ่งพิงอิงอาศัยกันและกัน (interdependence) ไม่ว่าจะป็นทรัพยากรด้านความรู้ ด้านเงินทุน กำลังคน ฯลฯ โดยปฏิสัมพันธ์ลักษณะนี้จะมีลักษณะเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) เป็นลักษณะความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกัน (reciprocal exchange) มิใช่ปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว (unilateral exchange) ยิ่งสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์กันมากเท่าใดก็จะยิ่งเกิดความผูกพันภายในระหว่างกันมากขึ้นเท่านั้นซึ่งจะช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงในระดับที่แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การปฏิสัมพันธ์ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้น จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นในระยะนี้นอกจากรูปฟอร์มของเครือข่ายจะชัดเจนทั้งแนวคิดและแบบแผนจนเกิดเป็นอัตลักษณ์ของกลุ่มและเครือข่าย เครือข่ายระยะนี้ยังเหมาะที่จะขยายตัวในเรื่องของจำนวนและความครอบคลุม ทั้งนี้ลักษณะพิเศษของเครือข่ายระยะนี้นอกจากจะมีอัตลักษณ์ของเครือข่ายยังพบว่าเครือข่ายระยะนี้จะเกิดการบ่มเพาะจนมีค่านิยม (value) บางอย่างซึมซับอยู่ในสมาชิก/ภาคีแต่ละภาคส่วน ดังนั้นแม้ภาคี/สมาชิกที่เข้าร่วมกระบวนการเครือข่ายจะไม่มีแนวคิดหรือค่านิยม เหมือนเครือข่ายแต่พบว่าสมาชิก/ภาคีเหล่านี้สามารถซึมซับค่านิยมเหล่านี้ได้จากกระบวนการเครือข่าย

กระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่าย

ที่ผ่านมา แนวคิดการทำงานเป็นภาคีเครือข่ายถูกนำมาใช้ประโยชน์มากกับการดำเนินงานพัฒนาโดยเฉพาะการพัฒนาด้านสังคมและสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้แนวทางการทำงานแบบภาคีเครือข่ายมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพควรทำความเข้าใจในธรรมชาติของภาคีเครือข่ายในเชิงพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของภาคีเครือข่าย ซึ่งมีลักษณะเป็นวัฏจักรหรือวงจร เริ่มตั้งแต่

- **ขั้นตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย** เป็นขั้นที่ภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและตระหนักในปัญหาาร่วมกัน จนถึงขั้นภาคีเครือข่ายมีฉันทะที่จะแสวงหาออกร่วมกัน



ตทพลศึกษาและการบริการปฐมภูมิ
สู่ชุมชน งานสุขภาพชุมชน

- **ขั้นการสร้างพันธมิตรและการบริหารภาคีเครือข่าย** เป็นขั้นที่ภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่ายกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน ภาคีเครือข่ายกำหนดบทบาทหน้าที่การบริหารจัดการ การสื่อสาร ตลอดจนการกำกับติดตามผลการพัฒนาของภาคีเครือข่าย
- **ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ภาคีเครือข่าย** เป็นขั้นที่บทบาทของการเรียนรู้และการจัดการความรู้เข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการที่จะเป็นกลไกเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดความรู้ นวัตกรรม แล้วที่สำคัญยังก่อให้เกิดวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจนมากขึ้น
- **ขั้นของการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง** เป็นขั้นที่ประโยชน์ของภาคีเครือข่ายเข้าไปหนุนเสริมการพัฒนาของภาคีเครือข่าย ในด้านที่เป็นการเสริมกำลัง (Empowerment) ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นการดำเนินงานที่มีความสุข และที่สำคัญวงจรมีจะเป็นส่วนสำคัญที่เครือข่ายจะพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายหรือองค์กรต่อไปได้

ภาพแสดงวงจรชีวิตของภาคีเครือข่าย



เทคนิคการทำงานเครือข่าย บทเรียนเล็กๆ จากการทำงานเครือข่าย

บทเรียนการพัฒนาเครือข่ายเป็นบทเรียนที่เกิดจากการเก็บเกี่ยวประสบการณ์การพัฒนาเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ของสถาบันวิจัยและพัฒนาแบบบูรณาการชุมชน พบว่า ชุดความรู้ที่เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายที่สำคัญ ๆ ประกอบด้วย

1. เจตนารมณ์ หรือ อัตลักษณ์ของเครือข่าย เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางของภาคีเครือข่าย กิจกรรมหลัก ประเภทของบุคคลและองค์กรที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกเครือข่าย นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาเป้าประสงค์ไปสู่การสร้างเป็น เจตนารมณ์หรืออัตลักษณ์ของเครือข่ายควรจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนแนวคิด และทบทวนเป็นระยะ ๆ ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการประเมินแนวคิดและความก้าวหน้าของเครือข่ายแล้วยังเป็นกลไกในการป้องกันการเกิดภาวะ “ครอบงำ” ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งโดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม แต่จะเป็นผลเสียอย่างยิ่งในการธำรงรักษาเครือข่ายต่อไปในอนาคต

2. การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและกระบวนการพัฒนาไปสู่เป้าหมายของเครือข่ายไม่ควรมีเฉพาะเป้าหมายปลายทางแต่เพียงอย่างเดียว แต่ละเครือข่ายควรกำหนดเป้าหมายรายทางเป็นระยะ ๆ ขณะเดียวกันควรมีการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายรายทางที่กำหนดเป็นระยะ ๆ ด้วย ทั้งนี้กระบวนการนี้จะเป็นการเสริมกำลังใจซึ่งกันและกันของเครือข่ายได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันการทบทวนเป็นระยะจะสะดวกในแง่การจัดการทรัพยากรที่เป็นทุนสำหรับการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

3. กระบวนการเครือข่ายจะมีประสิทธิภาพได้ สมาชิกหรือภาคีจะต้องเข้าใจความหมายและยึดถือปฏิบัติตามแนวของคำ “สี่” คำ ประกอบด้วย อำนาจ-หน้าที่-ความรับผิดชอบ-ความใส่ใจซึ่งกันและกัน ถึงแม้ด้วยแนวคิดและวิธีปฏิบัติการทำงานเป็นเครือข่ายจำเป็นต้องมีภาคีสมาชิกระดับแกนนำที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงเครือข่ายอยู่แล้ว แต่ลักษณะการทำงานที่เป็นเครือข่ายสมาชิกอื่น ๆ ก็ต้องแสดงออกถึงความกระตือรือร้น ที่จะทำหน้าที่ที่ของตนตามสมควรในการร่วมและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกหรือภาคีอื่น ๆ ไม่ปล่อยให้ภาระการทำงานเครือข่ายเป็นเรื่องของกลุ่มแกนที่ปวารณาตนเพื่อภาคีเครือข่ายแต่ลำพัง ไม่เช่นนั้นความตั้งใจแรงกล้าของผู้ที่ปวารณาตนเพื่อเครือข่ายจะลด หดหาย ได้ในที่สุด “ภาคีเครือข่ายไม่ควรทำให้สมาชิกตั้งความหวังไว้กับกลุ่มแกนมากเกินไป โดยคิดว่าจะต้องเป็นหน่วยดำเนินงานในทุกกิจกรรม สมาชิกเองก็ควรมีความรู้สึกที่จะรับผิดชอบการดำเนินงานกิจกรรมหรือเสนอตัวเข้ามาช่วยเหลือกิจกรรมของภาคีเครือข่ายด้วย ถ้าภาคีเครือข่ายไม่มีชีวิตชีวาสมาชิกควรตำหนิ

พลังภาคีชุมชนเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

พลังภาคีเครือข่าย; พลังภาคีชุมชน

ตอนต้นได้ขยายความแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย และสาระสำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายไว้ระดับหนึ่งในที่นี้จะขอขยายความเกี่ยวกับการนำ “พลังของภาคีเครือข่าย” ซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายไปขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งก่อนอื่นคงต้องทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับ “พลัง (power)” และ “การเสริมพลัง (empower)” ในเบื้องต้นดังนี้

คำว่า “พลัง” ถูกนำมาใช้อย่างหลากหลาย ในแวดวงวิชาการเกือบทุกแขนงก็สามารถพบคำว่า “พลัง” ซึ่งจะมีการอธิบายไว้เป็นการเฉพาะตัวอย่างเช่น ในวงการวิทยาศาสตร์จะได้ยินคำว่า “พลังงาน” ซึ่งเท่ากับคำในภาษาอังกฤษจะเท่ากับคำว่า “energy” ซึ่งในวงวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ก็อธิบายว่าพลังเกิดจากการขยับขับเคลื่อนของอะตอมหรือคลื่นซึ่งมีรายละเอียดการอธิบายที่สลับซับซ้อน แต่ในที่นี้เราจะทำความเข้าใจคำว่า “พลัง” แบบนักสังคมซึ่งภาษาอังกฤษจะใช้คำว่า “power” มีนักวิชาการพยายามอธิบายเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ “พลัง” ตามมุมมองในแวดวงสังคมศาสตร์ แต่ก็พบว่าความหมายของพลังในเชิงสังคมก็ซับซ้อนเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามสามารถสรุปได้ว่าพลังที่นักสังคมพยายามอธิบายพบว่ามีคุณลักษณะร่วมดังนี้

1. “พลัง” ทางสังคมเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกับเรื่องการมีส่วนร่วม
2. “พลัง” ในเชิงปฏิบัติการมีหลายระดับ ทั้งพลังระดับบุคคล พลังระดับกลุ่มคนหรือระหว่างบุคคล และพลังทางการเมือง



3. “พลัง” ของกลุ่มคนหรือชุมชน เป็นความสามารถของกลุ่มคนหรือชุมชนที่กระทำร่วมกันเพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาในมิติใดมิติหนึ่ง
4. “พลัง” เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับ “การเสริมพลัง” หรือ empower ซึ่งพัฒนาได้ด้วยกระบวนการหนุนเสริมให้บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร เข้าใจและตระหนักในศักยภาพที่แท้จริงของตน

ทั้งนี้ประเด็นที่ว่าพลังเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับการเสริมพลังนั้นเป็นประเด็นที่จะขยายความเพิ่มเติม กล่าวคือ นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเสริมพลังโดยเฉพาะการเสริมพลังภาคีระดับชุมชนว่าเป็นการเสริมพลังให้กลุ่มย่อยของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการยกระดับและผลสำเร็จในการกระจายทรัพยากรและการตัดสินใจ ทั้งนี้ภาคีชุมชนที่มีพลังที่เข้มแข็ง จะมีลักษณะดังนี้³

1. ภาคีชุมชนมีสภาพรวมเป็นปึกแผ่น ทั้งในรูปธรรมคือ สมาชิกของชุมชนมีศักยภาพมีการพึ่งพาอาศัยและร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในส่วนตัวและส่วนรวม และในส่วนที่เป็นจิตวิญญาณ คือสมาชิกของชุมชนมีค่านิยม ความเชื่อต่อสิ่งสูงสุดอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน และมีความรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความผูกพันต่อชุมชน และกับสมาชิกในชุมชน

2. ภาคีชุมชนมีศักยภาพที่พึ่งพิงตนเองได้ในระดับสูง โดยมีปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีพเพื่อครอบครัว และชุมชนเป็นของตนเอง มีอำนาจในการจัดการ การตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมสูง

3. ภาคีชุมชนสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น ความรู้ และกลไกภายในชุมชน เป็นหลัก

4. ภาคีชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ การสร้างภูมิปัญญา ความรู้ ของตนเองในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลให้ชุมชนมีความรู้ และการพัฒนาตนเอง และถ่ายทอดความรู้ โดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งของภาคีชุมชนจึงมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมของประชาชนและการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการเรียนรู้และพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชนทั้งนี้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีชุมชนจึงต้องอาศัยการจัดการ ให้ชุมชนมีความเป็นองค์กร คือ มีเป้าหมาย มีกระบวนการดำเนินงาน ที่อยู่ในแนวทางการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพากันเอง

³เอกสารอัสสำเนา อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทย์ทางค์ อ่างโน ข้อเสนอโครงการวิจัยชุดโครงการวิจัยและพัฒนาศักยภาพและโอกาสของคนจน เพื่อแก้ไขความยากจนแบบบูรณาการ โดยนายอนุชาติ ยศปั้นและคณะ

โดยสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างพลังภาคีชุมชนมีดังนี้

1. พลังภาคีชุมชนเป็นกลไก (กำลัง) และเครื่องมือที่จะนำการพัฒนาชุมชนไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
2. พลังภาคีชุมชนเกิดจากการร่วมตัว รวมกัน โดยมีการจัดการที่ดี (จัดการให้เกิดภาคีและการทำงานร่วมกันเป็นภาคีโดยภาคีความเข้าใจต่ออ่องแท้ ทั้ง เจตนารมณ์ อุดมการณ์ เป้าหมาย และหลักการ-วิธีการพัฒนา)
3. การพัฒนาภาคีชุมชน ต้องเข้าใจธรรมชาติของชุมชนและการพัฒนาชุมชนที่ว่า
 - ชุมชนมีรากฐาน มีแก่น โดยเฉพาะด้านเชื้อชาติ เครือญาติ ระบบวัฒนธรรม และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ (สำเนียงบ้านเกิด จิตสาธารณะ จิตสำนึกในความรับรู้ รับผิดชอบ ภาคภูมิใจ ตอบแทนที่ได้รับ “บำบัดทุกข์-บำรุงสุข”)
 - การพัฒนาพลังภาคีชุมชน ต้องการเวลา และการบ่มเพาะ อดทน เชื่อมั่น ทั้งเป้าหมาย วิธีการพัฒนา และความสำเร็จ
 - เป้าหมายการพัฒนาชุมชน คือการไปให้ถึงความสุข การกินดีอยู่ดี และการพึ่งพาตัวเองได้

กระบวนการพัฒนาพลังภาคีชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน

กระบวนการพัฒนาพลังภาคีชุมชนที่สำคัญนอกจากการเริ่มต้นด้วยการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายหรือภาคี ภายใต้แนวคิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วมแล้ว จากการถอดบทเรียนการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่พบว่า การพัฒนาพลังภาคีชุมชนในการเคลื่อนขบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน หรือที่ชุมชนมักใช้คำเรียก “สุขภาวะชุมชน” นั้น ยังต้องอาศัยกลไกสำคัญอีก 2 ส่วน คือ การสร้างการเรียนรู้ และการจัดการชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งสองกลไกนี้จำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้สอดแทรกเข้าไปในทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งเบื้องต้นสรุปได้ว่าการพัฒนาให้เกิดพลังภาคีชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาวะของชุมชนมีขั้นตอนสำคัญๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความรู้จักและทำความเข้าใจทุนของชุมชน ซึ่ง “ทุน และทุกข์” ในที่นี้ “ทุน” หมายถึง “ทุนที่เป็นทรัพยากร” “ทุนบุคคลากร” “ทุนทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณีค่านิยมที่ชุมชนยึดถือ” ขณะที่ “ทุกข์” หมายถึงภาวะทุกข์ทรมาน หรือความเสี่ยง ตลอดจนปัญหาที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่



กระบวนการทำความเข้าใจ “ทุนและทุกข์” ของชุมชนนี้เป็นจำเป็นต้องเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ภายใต้ฐานข้อมูลที่ดี คือ เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ ทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการใช้

ทั้งนี้เป้าหมายของขั้นตอนนี้ นอกจากจะมุ่งสื่อสารข้อมูลชุมชนแล้ว การพัฒนาในขั้นตอนนี้ต้องการสร้างและพัฒนาพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนที่สำคัญก็คือ “พลังใจ” และ “แรงบันดาลใจ” ทำให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไข หรือพัฒนาท้องถิ่น หรือที่เรียก “จิตสาธารณะ” ในทางปฏิบัติอาจใช้การส่งเสริมกระบวนการประชาคม หรือเวทีประชาคม ด้วยการหยิบยกประเด็นที่ชุมชนสนใจ มาเป็นเครื่องมือในการรวมคน และก้าวเข้าสู่กระบวนการสร้างแนวร่วมการพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นของการแสวงหาแนวร่วมเพื่อพัฒนา เป็นกระบวนการสร้างบรรยากาศการทำงานให้เกิดเครือข่ายปฏิบัติการของภาคีเพื่อสร้างพลังภาคีชุมชน ซึ่งในที่นี้พบว่า การพัฒนางานในชุมชนสามารถจำแนกสมาชิกชุมชนออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ภาคีส่ว่นนำหรือกลุ่มแกนนำ ซึ่งนักวิชาการบางท่านเรียกภาคีกลุ่มนี้ว่าเป็น “นักจัดการชุมชน” ซึ่งถือเป็นคำเรียกที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในการสร้างพลังภาคีเครือข่าย
2. ภาคีส่ว่นปฏิบัติการ ภาคีกลุ่มนี้ในชุมชนมักมีจำนวนมาก และเป็นภาคีที่จะต้องเป็นกำลังขับเคลื่อนหลักรวมทั้งการเป็นส่วนหลักที่จะได้รับผลจากการพัฒนาที่เกิดขึ้น
3. ภาคีส่ว่นสนับสนุน ภาคีกลุ่มนี้เท่าที่พบจะทำหน้าที่สนับสนุนปัจจัยการพัฒนาสองส่วนคืองบประมาณและวิชาการและชุดความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน ดังนั้นส่วนใหญภาคีส่ว่นสนับสนุนนี้มักจะหมายถึงหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่ตั้งอยู่ในชุมชน อาทิสถานีนอนามัย โรงเรียน เป็นต้น

การพัฒนาที่ภาคีภาคส่วนต่างๆ จะมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงควรเป็นกระบวนการพัฒนาที่ภาคีแต่ละภาคส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งการจำแนกบทบาทของภาคีเครือข่ายในเชิงปฏิบัติการจะสามารถช่วยให้แต่ละภาคส่วนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาพลังภาคีชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติการ ตามที่กล่าวในเบื้องต้นแล้วว่า การปฏิบัติการเพื่อการสร้างพลังภาคีชุมชนมีกลไกสำคัญอยู่สองส่วนคือ การสร้างการเรียนรู้ และการบริการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในที่นี้จะขยายความในรายละเอียดของกลไกทั้งสองส่วนดังนี้

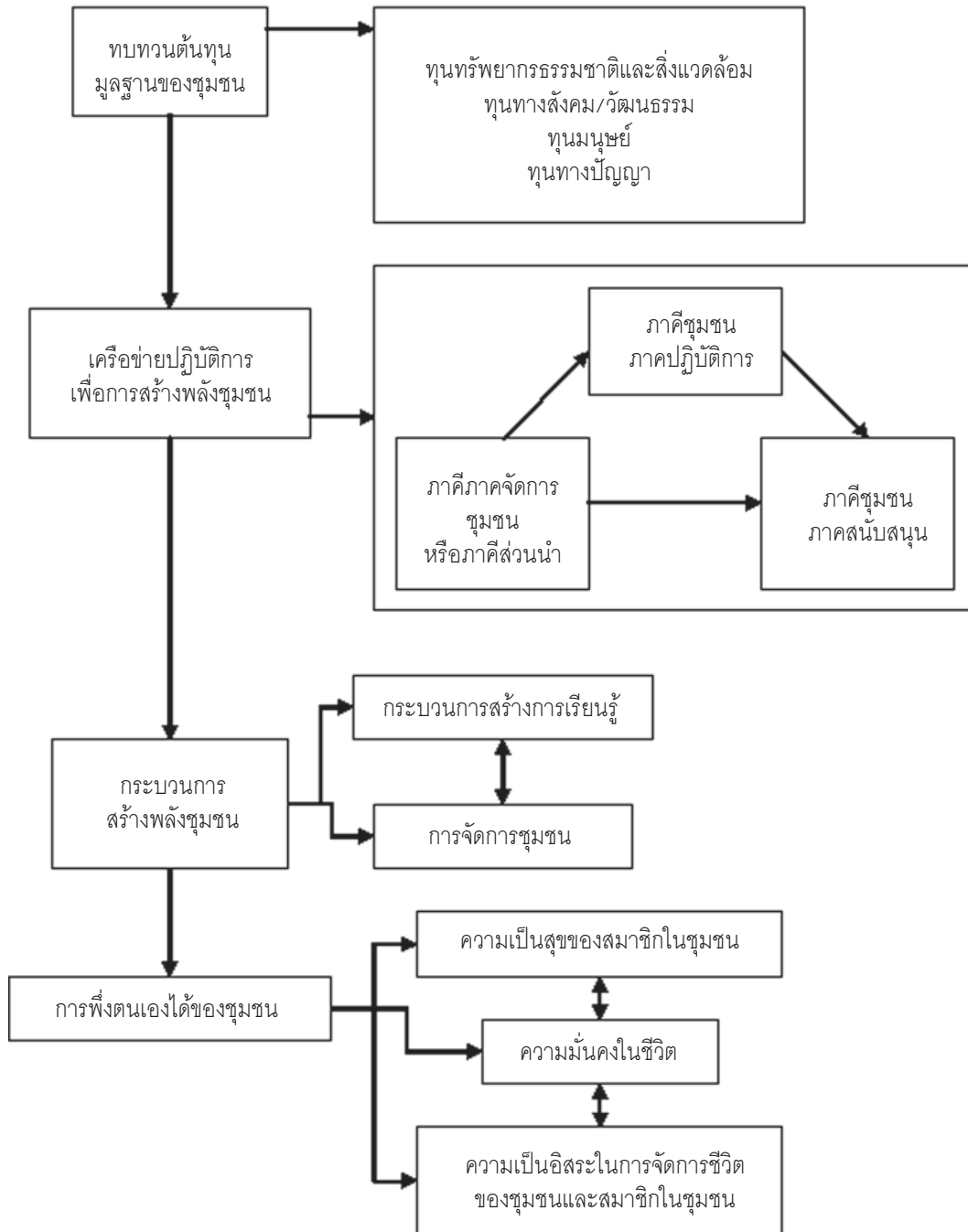
- การสร้างการเรียนรู้เพื่อการสร้างพลัง ต้องเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่สามารถนำความรู้ที่ไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมสอดคล้องกับการวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชน ขบวนการนี้เป็นการสร้างให้เกิด “พลังภูมิปัญญา” ทำให้เกิดการเชื่อมต่อกัน ทักษะ องค์ความรู้ และประสบการณ์ใหม่ๆ นำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และเป็นชุมชนที่มีพลังมากขึ้นเรื่อยๆ **ทั้งนี้ในทางปฏิบัติการสร้างการเรียนรู้** อาจดำเนินการผ่านกระบวนการสรุปบทเรียนร่วมกัน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนการศึกษาดูงานในแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชน ทั้งนี้พลังที่เกิดจากการเรียนรู้นี้จะเอื้อให้กระบวนการทำงานของชุมชนเป็นการทำงานภายใต้ความเข้าใจร่วมกัน เกิดกระบวนการสร้างวิสัยทัศน์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งการกำหนดแนวทาง วิธีการ แผนงาน ในการแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ และยั่งยืน
- การบริหารจัดการเพื่อการสร้างพลังภาคีเครือข่าย เท่าที่พบมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ การบริหารจัดการให้เกิดการ “ร่วมคิด” “ร่วมทำ” “ร่วมรับผลประโยชน์” ทั้งนี้คุณลักษณะของการจัดการที่ดีต่อการสร้างพลังของเครือข่ายนอกจากจะเป็นการจัดการที่โปร่งใส เป็นธรรม เป็นการจัดการทุนในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการทำงานของภาคีเครือข่ายไปสู่เป้าหมายการทำงานแล้ว การจัดการยังต้องสร้างให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่มีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของทุกฝ่าย ทั้งนี้พบว่า การจัดการเครือข่ายที่ดีจะก่อให้เกิดพลัง **“พลังความคิด”** จากนั้นจะนำไปสู่ **“พลังอุดมการณ์”** ซึ่งจะแปรไปเป็น **“กำลัง”** ขับเคลื่อนการพัฒนา จนท้ายที่สุดการจัดการที่ดีจะก่อให้เกิด **“พลังของความปิติยินดี”** ซึ่งจะเป็นแรงสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานเครือข่ายชุมชนต่อไป ในทางปฏิบัติ การจัดการที่ดีจะก่อให้เกิดเงื่อนไขที่หนุนเสริมการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังนี้
 1. มีโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อความเป็นประชาสังคม อันประกอบด้วย การมีกลุ่ม องค์กร จำนวนคน สถานที่ การพบปะ ประเด็นพูดคุย ความใกล้ชิดและการสื่อสาร ว่าทั้งหมดนี้มีมาน้อยเพียงไร
 2. เกิดกระบวนการตัดสินใจและการเรียนรู้ของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมต่อเนื่อง
 3. เกิดผู้นำ ซึ่งสามารถเป็นการนำการพัฒนาตามสมรรถนะในแต่ละด้าน กระจายตัวอยู่ในส่วนต่างๆ ของชุมชน



ตทพลศึกษาดมการณบรการปฐมภูมิ
สู่ปฐบตการ งานสุภภาพชุมชน

4. ระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ ในชุมชน เป็นไปในทางที่เสริมพลังการพัฒนา
5. มีระบบการบริหารจัดการและกฎระเบียบ ที่เอื้ออำนวยและเป็นปัญหาอุปสรรคในการทำงาน การบริหารบุคคล กลุ่ม โครงการ การบัญชี การเงิน การตรวจสอบ การบันทึกการประชุม การวางแผนแบบมีส่วนร่วมล้วนเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม ภายใต้สภาวะความรู้ความสามารถของชุมชนประยุกต์เข้ากับหลักวิชาการสากล
6. มีกลไกในการเฝ้าระวังและจัดการกับความขัดแย้ง ทั้งภายในและภายนอกชุมชน มีกระบวนการทั้งแบบดั้งเดิม โดยใช้วัฒนธรรมชุมชนและสันติวิธีอย่างไรบ้าง จึงช่วยลดความขัดแย้งและหันมาเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนร่วมกัน

ภาพขั้นตอนการพัฒนาพลังภาคีชุมชน



กรณีศึกษาการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน⁴ ภายใต้บริบทชุมชนบ้านปางค่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

สถานีอนามัยบ้านปางค่าอยู่ห่างจากอำเภอเทิง (จังหวัดเชียงราย) 23 กิโลเมตร เดิมเป็นสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (ศสช.) และได้รับการยกฐานะเป็นสถานีอนามัยในปี พ.ศ. 2525 แต่เดิมเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ ปัจจุบันได้แยกหมู่บ้านออกไปเป็นกลุ่มเครือข่ายทั้งหมด 6 ชุมชน คือ บ้านทรายทอง บ้านดินเป็ด บ้านปางค่า บ้านขุนต้า บ้านรักถิ่นไทย และบ้านธาตุ ชาวบ้านทั้งหมด 2,166 คน (510 หลังคาเรือน) นับถือพุทธเป็นส่วนใหญ่ถึงแม้จะมีหลากหลายชาติพันธุ์ก็ตาม (คนพื้นเมือง ม้ง จีนฮ่อ) ส่วนใหญ่สัมพันธ์กันตามระบบเครือญาติลักษณะทางภูมิศาสตร์ตั้งอยู่ระหว่างหุบเขาทรัพยากรธรรมชาติค่อนข้างอุดมสมบูรณ์ ทั้งป่าชุมชน ป่าสงวน ลำน้ำห่าว ชาวบ้าน ทำไร่ ทำนา ทำสวน ตลอดทั้งปี

ชุมชนปางค่าเป็นชุมชนเก่าแก่อายุกว่า 200 ปี มีประวัติศาสตร์การต่อสู้ผ่านวิกฤตมาหลายครั้งชาวบ้านส่วนใหญ่อพยพหนีความแห้งแล้งยากจนมาจากจังหวัดน่าน เมื่อปี พ.ศ. 2503 เกิดไฟไหม้ครั้งใหญ่ เหลือเพียง 4 หลังคาเรือน แต่ชาวบ้านไม่ยอมอพยพโยกย้ายไปไหน แต่กลับพร้อมใจกันสร้างบ้านแปงเมืองขึ้นมาใหม่ ระหว่างปี พ.ศ.2509-2527 หมู่บ้านต้องเผชิญกับความขัดแย้งทางอุดมการณ์การเมือง ยืนอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างประชาธิปไตยกับคอมมิวนิสต์ เนื่องจากอาณาเขตของหมู่บ้านติดต่อแนวเทือกเขาสูงชายแดนไทย-ลาว (ดอยยาว-ผาหม่น) ชาวบ้านต้องมีชีวิตอยู่อย่างหวาดผวา และในปี พ.ศ.2517 นั้นเองที่เกิด

⁴ข้อมูลโดย แกนนนำชุมชนปางค่าทุกท่าน , คุณธีระพล เลิศสงคราม, คุณประหยัด หินทราย
เรียบเรียงโดย คุณประพันธ์ ลากใหญ่, คุณรุ่งนภา มาลารัตน์
ที่ปรึกษา อาจารย์นเรศ สงเคราะห์สุข นักพัฒนาอิสระ

การกวาดล้างครั้งใหญ่ ชาวบ้านกว่า 300 คนถูกต้อนไปรวมกันที่วิหารวัดปางค่าเพื่อสังหารหมู่ แต่สามารถรอดพ้นมาได้จากการช่วยเหลือของทหารนายหนึ่ง นอกจากนี้ชาวบ้านยังถูกเอารัดเอาเปรียบจากเจ้าหน้าที่ของรัฐบางคนเบียดเบียนเอาทรัพย์สินของมีค่าต่าง ๆ ของชุมชนไป

วิกฤติทั้งหมดทำให้ชาวบ้านเรียนรู้และปรับตัวเพื่อที่จะหันมาพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด แต่อย่างไรก็การรุกเร้าชุมชนเปลี่ยนรูปแบบไปจากการคุกคามด้วยกำลัง กลายเป็นการคุกคามด้วยกระแสบริโภคนิยม ที่บีบแะให้ชาวบ้านเน้นที่ตัวเงินและวัตถุ ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ชุมชนเริ่มประสบปัญหา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์ของคนในชุมชนลดน้อยลง ฐานการดำรงชีพ ดิน-น้ำ-ป่า ถูกทำลาย ภาวะหนี้สิน สุขภาพกายสุขภาพจิตแย่งลง แกนนำชุมชนร่วมกันทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์เห็นว่าปัญหาที่สะสมมายาวนานเหล่านี้เกิดจากวิกฤติภายในคือ *การมองตัวตนที่แท้จริงของตนเองไม่ชัด* จึงส่งผลต่อการกำหนดเป้าหมายชีวิตของคนในชุมชนเอง จึงเกิดแนวคิดการพัฒนาชุมชนปางค่าขึ้นมา

พัฒนาการของระบบสุขภาพตำบลปางค่า

การพัฒนาชุมชนปางค่า เริ่มจาก แกนนำชุมชนกลุ่มเล็ก ๆ ก่อการขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งยุคการพัฒนาชุมชนออกเป็น 3 ยุคด้วยกัน

ยุคที่ 1 พึ่งภูมิปัญญาชาวบ้าน (ก่อนปี พ.ศ. 2525) เป็นช่วงที่ชาวบ้านพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษา สุขภาพแบบพื้นบ้าน (หมอเมือง) ทั้งพิธีกรรม สมุนไพร ฯลฯ เนื่องจากสภาพคมนาคมสมัย นั้นค่อนข้างลำบาก และจากสถานการณ์ที่เกิดมีความขัดแย้งทางลัทธิทางการเมือง (ดินแดนสี่ชมพู) ชาวบ้านต้องพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

ยุคที่ 2 พึ่งพึ่งรัฐ (พ.ศ. 2525-2543) มีการตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนขึ้นในชุมชน นโยบายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบัตรสุขภาพ บัตรผู้ป่วยรายได้น้อย ฯลฯ ช่วยให้ชาวบ้านมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น ขณะเดียวกันความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพลดน้อยลง เนื่องจากกระแสของบริโภคนิยมและการพัฒนา ต่าง ๆ ของภาครัฐเข้าทดแทนลดทอน การพึ่งพาตนเองของชุมชน

ยุคที่ 3 การสร้างสุขภาพและแสวงหาความยั่งยืน (พ.ศ. 2544-ปัจจุบัน) จากนโยบายและกระแสของการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปโครงสร้างและระบบสาธารณสุข โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ “สร้าง นำ ช่อม” ถูกนำมา



ตทพลศึกษาดูแลการให้บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน

เป็นกลวิธีหลักแต่ขณะเดียวกันนโยบายเหล่านี้ ก็กระทบกับเจ้าหน้าที่และชุมชนอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง นโยบายหลายอย่างถูกเร่งรัดเน้นผลผลิตตามตัวชี้วัดที่เป็นปริมาณมากกว่ากระบวนการโดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

จุดเปลี่ยนสำคัญคือการปรับเปลี่ยนวิธีคิด

จากประสบการณ์การทำงานของหมออนามัย คุณธีรพล เลิศสงคราม และคุณประหยัด หินทรายร่วมกับแกนนำชุมชนเฝ้ามองปรากฏการณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้นจึงเกิดคำถามว่า **“ทำไมเจ้าหน้าที่ตั้งอกตั้งใจทำงานเต็มชีวิต ชาวบ้านจึงไม่เห็นความสำคัญ ไม่สนใจเท่าที่ควร ปัญหาสุขภาพหลายอย่างกลับซับซ้อนทวีความรุนแรงมากขึ้น”** และจากการทบทวนวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก ผ่านการเอื้อและการสนับสนุนต่างๆ จากภาคีพัฒนาอย่าง มูลนิธิพลังชุมชนนิเวศน์ โครงการบ้านจุ่มเมืองเย็นฯ เข้ามาหนุนเสริมกระบวนการชุมชน ในจังหวะที่เหมาะสม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติจริงทำให้มุมมองสุขภาพเปลี่ยนไป ดังนี้

วิธีคิดเจ้าหน้าที่		วิธีคิดชุมชน	
เดิม	ใหม่	เดิม	ใหม่
<ul style="list-style-type: none"> ● แยกส่วน ให้บริการกิจกรรมเชิงเดี่ยว ● เป็นผู้รู้ ทำหน้าที่แนะนำ สั่งสอนอบรม ให้ความรู้ ● มุ่งผลลัพธ์ตามนโยบาย 	<ul style="list-style-type: none"> ● หลายมิติ เชื่อมโยง ● เรียนรู้ร่วมกัน ● ทำงานตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ฟังพาทภายนอก ● แยกส่วน ● สุขภาพคือ โรค ความเจ็บป่วย สถานบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ฟังตนเอง ● ความสมดุลของคน : คน, คน : ธรรมชาติ, คน: สิ่งเหนือธรรมชาติ ● สุขภาพ คือความสุข (การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข)

การทำงานพัฒนาสุขภาพชุมชนปางค่า

“ดินดี ป่าดี สุขภาพดี เศรษฐกิจดี น้ำดี สังคมดี คนดี สิ่งแวดล้อมดีต้องทำไปพร้อมๆกันเพราะเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับชีวิต”

พ่อหนาน สิงห์แก้ว อุ่นศรี
แกนนำความคิดบ้านปางค่า

เริ่มต้นการทำงานพัฒนาด้วยการมานั่งคิดกันว่าเป้าหมายของบ้านปางค่าควรเป็นอย่างไร ในที่สุดก็ได้เป้าหมายที่ช่วยกันตั้งชื่อว่า “8 ดี” ใช้เป็นตัวชี้วัดความสุขหรือ “สุขภาวะ” ที่ชุมชนกำหนดมาจากสภาพปัญหาการคลี่คลายและความต้องการในอนาคต ตัวชี้วัดดังกล่าวใช้เป็นทิศทางในการขับเคลื่อนของชุมชนและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ จากนั้นจึงมาช่วยกันคิดค้นกลไกการทำงานร่วมกัน

กลไกหลากหลาย ใช้ทรัพยากรในชุมชน

ในระบบสุขภาพของชุมชน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เป็นแกนนำที่ถูกสร้างและพัฒนาให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change agent) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันสภาพปัญหาต่างๆ มีความซับซ้อน ลำพังอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้เองทั้งหมด หากแต่ต้องอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ชุมชนได้สร้างและพัฒนากลไกในการขับเคลื่อนสุขภาพขึ้นเสริมกลไกที่มีอยู่เดิมดังนี้

1. แกนนำทางความคิด

เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนทางความคิดของชุมชนให้ความคิด สติ กลั่นกรองสถานการณ์ภายในและภายนอก ตลอดจนทำหน้าที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชาวบ้านซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 5 คนได้แก่พ่อหนานสิงห์แก้ว อุ่นศรีผู้ใหญ่บ้านถนนอมเกียรติ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอินทร์ การขาย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเปลี่ยน ยศประเสริฐ แกนนำดังกล่าวเป็นผู้มีภาวะผู้นำที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือและยอมรับ

2. แกนนำตามคุ้ม

ชุมชนแบ่งการปกครองออกเป็น 4 เขต 12 คุ้ม เพื่อให้สะดวกต่อการจัดการในแต่ละคุ้มมีแกนนำทำหน้าที่ประสานงานด้านต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารของชุมชน



ตทพลีกออดมการณบรืการปฐมภูมิ
สื่อบุติการ งานสื่อกาพมเบม

3. แกนแกนกลาง

จากประสบการณ์ ในการจัดการปัญหาต่างๆของชุมชนพบว่ายังขาดคนที่จะมาช่วยในการจัดการ “หน้าหมู่บ้าน” กิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมักมีคนที่รู้เรื่องเพียงไม่กี่คน และกรรมการตามโครงสร้างระบบราชการไม่ค่อยได้ทำหน้าที่ จากการพูดคุยหลาย ๆ ครั้งของแกนนำทางความคิด พ่อหนานสิงห์แก้ว อุนศรี จึงเสนอแนะให้ค้นหาแกนแกนกลาง ของปางค่าเพื่อทำหน้าที่เชื่อมประสานเรื่องราวต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกขยายการมีส่วนร่วมให้กว้างออกไปสู่ชาวบ้านตามคุ้มต่างๆ ตลอดจนร่วมพิจารณาตัดสินใจเรื่องเร่งด่วนของชุมชนร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้านและแกนนำความคิด

การค้นหาเริ่มจาก การชักชวนคนที่มีแววจิตใจและมีความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 12 คุ้ม ทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย พระ ข้าราชการหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน พ่อบ้าน/แม่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน แกนแกนกลางมีเวทีพบปะพูดคุยกันทุกเดือน

4. แกนนำกลุ่มต่าง

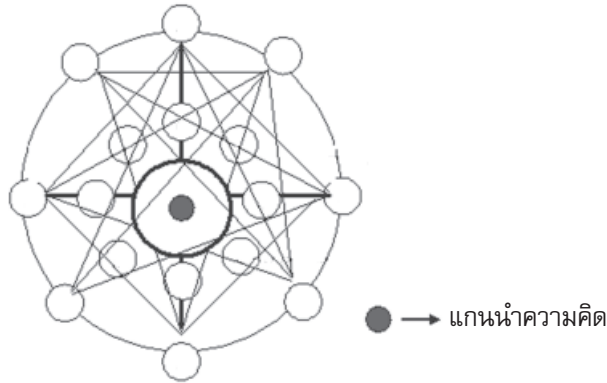
ชุมชนมีการรวมตัวกันจัดกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็น แกนหลักในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มสหกรณ์ร้านค้า กลุ่มปุ๋ยชีวภาพ กลุ่มฌาปนกิจ ฯลฯ เหล่านี้ต่างมีแกนนำของกลุ่มเอง

5. แกนนำ 8 ดี

เป็นแกนนำ ที่ถูกคัดเลือกและได้รับมอบหมายให้แก้ไขหรือพัฒนาชุมชนให้บรรลุถึง 8 ดี โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความถนัดในด้านต่างๆ

แต่อย่างไรก็ตาม แกนนำกลุ่มต่างๆ บางกลุ่มเป็นคนเดียวกัน แต่ต่างสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชน และแกนนำดังกล่าวต่างมีบทบาทร่วมกันคือ *การสร้าง* *ความเข้าใจร่วมของชุมชน*

ภาพกลไกการขับเคลื่อนชุมชนปางคำ (ถอดความคิด)



กระบวนการขับเคลื่อน 8 ดิยของชุมชน

ทบทวนค้นหาตัวตน

เริ่มจากแกนนำความคิดและพี่เลี้ยงซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เข้าไปพูดคุยกับตัวแทนครัวเรือนตามคุ้มโดยหมุนเวียนไปครบทุกคุ้มถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ทุกซ์/สุขของครอบครัวและชุมชน จากการพูดคุยทำให้ชาวบ้านได้หยุดคิดทบทวนตนเอง ขณะเดียวกันเป็นการค้นหาผู้ที่จะมาร่วมเป็นแกนกลางของชุมชนซึ่งพบว่าชาวบ้านประสบกับปัญหาต่างๆ มากถึง 60 ปัญหา แกนนำความคิดและแกนกลางจึงร่วมกันประมวลแยกหมวดหมู่ปัญหาที่ได้ เป็น 8 ข้อหลักที่นำไปสู่ 8 ดีที่เป็นทั้งกระบวนการและเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนปางคำ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในและภายนอกชุมชน

แกนนำชุมชน ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ร่วมกับชุมชนเครือข่ายบ้านจุ่มเมืองเย็นและองค์กรอื่นๆ ได้แก่

- แลกเปลี่ยน/ดูงาน การพึ่งตนเองและการอนุรักษ์น้ำ/ป่า ที่บ้านงามเมือง อำเภอขุนตาล
- อบรมเรื่องปุ๋ยชีวภาพ ที่บ้านหนองอ้อ อำเภอแม่จัน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการจัดการป่าชุมชน ที่บ้านร่องบอน อำเภอพาน
- ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องวัฒนธรรมชุมชน ที่บ้านสันไทรงาม
- ศึกษาดูงาน การทำน้ำยาอเนกประสงค์ และปุ๋ยชีวภาพ ที่อำเภอเชียงคำ
- การไปแลกเปลี่ยนความคิดกับปราชญ์อีสาน



ศทพสภคอุดมการณบริการปฐมภูมิ
 สุปฎบัติการ งานสุขภาพชุมชน

จากการศึกษาดูงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่อง แก่นนำชุมชน นำแนวคิด/รูปแบบ/วิธีการมาปรับประยุกต์ ทดลองใช้ ขยายผลในชุมชน

ลงมือทำทันที

แก่นนำชุมชนลงมือทำทันทีเมื่อได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อเป็นตัวอย่างและสร้างความมั่นใจแก่ชาวบ้าน โดยทำกิจกรรมทุกอย่าง ทั้ง 8 ดีไปพร้อม ๆ กันตัวอย่างเช่น

สุขภาพดี

แก่นนำชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยวิเคราะห์สถานะสุขภาพของชาวบ้านทั้ง 6 หมู่บ้านในเขตบริการสถานีอนามัยพบว่าหมู่บ้านที่มีการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือบ้านขุนต้ำซึ่งเป็นชนเผ่าม้ง เป็นตัวแบบชุมชนที่มีสุขภาพดี เท่าที่ช่วยกันวิเคราะห์น่าจะเกิดจากพฤติกรรมการกิน ส่วนใหญ่ยังคงกินข้าวซ้อมมือ และผักพื้นบ้าน จึงรวมกลุ่ม “ข้าวซ้อมมือ” มีสมาชิก 30 คนระดมทุนคนละ 100 บาท ซื้ออุปกรณ์ ครกมอ, เครื่องโม่ ฯลฯ ผลิตข้าวซ้อมมือไว้แบ่งปันกันไม่เน้นการขาย ซึ่งพอหนานสิงห์แก้ว จึงเสนอแนวคิด การดำข้าวคือการสร้างสุขภาพ ได้ออกกำลังกาย กินข้าวที่มีวิตามินลดรายจ่ายเด็ก ๆ เรียนรู้วัฒนธรรมดั้งเดิมของพืชตนเอง และช่วยสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับลูกหลาน

ข้าวซ้อมมือจึงเชื่อมโยงสุขภาพกับมิติอื่น ๆ เข้าด้วยกัน และยังร่วมกันตั้ง “**กลุ่มคนรักสุขภาพปางค่า**” และให้ความหมายของกลุ่มรักสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใดก็ได้ที่ทำแล้วสุขภาพดี เช่น การทำปุ๋ยชีวภาพ น้ำยาเอนกประสงค์ การเลี้ยงหมูหลุม การปลูกผักปลอดสาร การอนุรักษ์ป่า - น้ำ, การออกกำลังกาย หรือการเล่นของเด็ก เช่น ชิงช้า หมากเก็บ เป็นต้น

ดินดี

การผลิตเพื่อยังชีพเปลี่ยนเป็นการขาย สารเคมีถูกนำมาใช้อย่างมากมายเกินความจำเป็นส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมดินตายน้ำปนเปื้อนสารเคมี รายจ่ายสูงขึ้นสุขภาพเสื่อมลง และจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดูงาน ผูกอบรมร่วมกับชุมชนเครือข่ายบ้านจุ่มฯ แก่นนำชุมชนวิเคราะห์สภาวะดินของชุมชน พบว่าการทำนาหรือปลูกข้าวโพดแต่ละครั้งทำให้ดินตายจากสารเคมีถึง 4 ครั้ง ยิ่งใช้สารเคมีมากต้นทุนยิ่งสูงแต่ผลผลิตกลับน้อยลงจากดินเสื่อมสภาพ จึงชักชวนผู้สนใจรวมกลุ่มกันทดลองทำปุ๋ยชีวภาพ เริ่มต้นจาก 6 ครอบครัว ขยายเป็น 54 ครอบครัว แก่นนำชุมชนกล่าวถึงการทำปุ๋ยชีวภาพว่า เป็นการฟื้นคืนชีวิตให้แก่พระแม่ธรณี แม่น้ำปนเปื้อน สารเคมีน้อยลง ลดรายจ่าย มีผักปลอดสารไว้บริโภคในชุมชน เด็ก ๆ มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และสุขภาพของชาวบ้านดีขึ้นจากการรับสารเคมีน้อยลง

นอกจากนี้ทางกลุ่มแม่บ้านได้ทำน้ำยาเอนกประสงค์ ไว้ใช้ในครัวเรือนทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงเฉลี่ยเดือนละ 700 บาทและลดมลพิษ ดิน น้ำ จากการตกค้างของสารเคมี

เศรษฐกิจจิต

เกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของชาวบ้าน ปัจจุบันต้นทุนการผลิตค่อนข้างสูงแต่ผลผลิตราคาตกต่ำรายได้จึงไม่แน่นอนหลายครอบครัวต้องประสบกับภาวะหนี้สินทั้งในและนอกระบบจากการพุดคุยวิเคราะห์ของชุมชนหลาย ๆ ครั้ง จึงมีข้อเสนอแนะให้กลับมาพึ่งตนเองโดยลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลง ชุมชนทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างที่เป็นการช่วยลดรายจ่ายเช่น ทำปุ๋ยชีวภาพทดแทนปุ๋ยเคมีที่ราคาแพง การปลูกผักไว้กิน ทำน้ำยาเอนกประสงค์แบ่งกันใช้ จัดตั้งสหกรณ์ร้านค้าชุมชนไว้ที่สถานีอนามัยเพื่อมีสินค้าราคาถูกคุณภาพดีไว้ใช้ ผลิตข้าวซ้อมมือสำหรับบริโภคถ้าเหลือจำหน่าย การทำขนมพื้นบ้าน (ข้าวแต๋น, ก๋วยือบอบเนย, มะขามแก้ว) ไว้ให้เด็กได้รับประทานแทนขนมขบเคี้ยวของ นอกจากนี้แกนนำชุมชนบางคนเริ่มจัดทำบัญชีรายรับ-จ่าย ของครอบครัวเพื่อให้ชาวบ้านเห็นเป็นตัวอย่าง

อย่างไรก็ตาม การพัฒนา 8 ดี นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทุกมิติไม่สามารถแยกเป็นส่วน ๆ ดังกรณีตัวอย่างที่นำเสนอข้างต้น

สรุป ทบทวนอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนมีการสรุปทบทวนตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งกลุ่มแกนนำความคิด แกนกลาง แกนนำ 8 ดี มีการพบปะพุดคุยกันทุก 1 เดือนเป็นอย่างน้อย เพื่อนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ สื่อสารแก่ครอบครัวตามคุ้มและเป็นการทำความ เข้าใจกับชาวบ้านและเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกันของชุมชน

สืบทอดต่อลูกหลาน

ชุมชนปางค่าได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างพื้นที่และโอกาสการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ชุมชนโรงเรียน สถานีอนามัย ร่วมกันจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติ ลองผิดลองถูก เช่น

- การศึกษาประวัติศาสตร์ของชุมชนจากผู้สูงอายุ ที่ช่วยสร้างสำนึกรักและหวงแหนชุมชน
- ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปลูกต้นไม้ การอนุรักษ์ป่าชุมชน การกำจัดขยะ
- ด้านวัฒนธรรม ได้แก่ การเล่นดนตรี สะล้อ ซอ ซึง การฟ้อนรำ
- ด้านอาชีพ ได้แก่ การเลี้ยงหมูหลุม การปลูกผักปลอดสาร การทำน้ำยาเอนกประสงค์



ตทพลักอุดมการณบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัตการ งานสุภาพบุษยเม

แกนนำชุมชนได้สนับสนุนส่งเสริมให้เข้าเด็กร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่นงานประเพณีต่างๆ ตลอดจนพาไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภายนอก เช่น ร่วมเวทีแลกเปลี่ยนของชุมชนเครือข่ายบ้านจุ่มฯ นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ คือสถานีนอนามัยปางค่า เป็นแหล่งเรียนรู้สำคัญมีทั้งลานออกกำลังกาย พิพิธภัณฑวิถิชุมชน ดนตรีพื้นบ้าน บ่อเลี้ยงปลา แปลงผักปลอดสาร การผลิตข้าวซ้อมมือ โดยเด็กสามารถเลือกได้ตามความสนใจและความถนัด

คำแ่ง กล่าวว่า “สถานีนอนามัยเป็นเหมือนบ้าน” ทั้งนี้เนื่องจากวิถีชีวิตเร่งรีบ พ่อแม่ต้องออกไปทำงานแต่เช้ากลับถึงบ้านหัวค่ำและเมื่อเด็กกลับจากโรงเรียนไม่มีผู้ปกครองดูแลสถานีนอนามัยจึงเป็นพื้นที่ให้เด็กได้เล่น/เรียน ในเวลาเย็นและวันหยุด ซึ่งเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และผู้ปกครองหมดความกังวลในความปลอดภัยของบุตรหลาน

จากการเรียนรู้ร่วมกับผู้ใหญ่พบว่าเด็กหลายคนได้ซึมซับความคิดของแกนนำชุมชนซึ่งนับว่าเป็นทิศทางที่ดีในการสืบทอดต่อรุ่นลูกหลานที่เป็นกำลังสำคัญในอนาคต

บทบาทสถานีนอนามัยปางค่าในการพัฒนาระบบสุภาพบุษยเม

สถานีนอนามัยปางค่าเป็นของชุมชนประจตุรวเปิดไว้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องมีเวรยามทุกคนช่วยกันดูแลบทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยในงานสร้างสุภาพคือพี่เลี้ยงที่ช่วยหนุนเสริมกระบวนการขับเคลื่อนของชุมชนที่นำไปสู่ “สุภาพะ” สรุได้ว่าบทบาท เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยปางค่ามีอยู่ด้วยกัน 2 สถานะ คือ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงนให้บริการสุภาพตามบทบาทหน้าที่นโยบายของกระทรวงในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตลอดจนพัฒนาสถานบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน
2. แบบลูก-หลาน คนในชุมชนเข้าไปเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงของชุมชนไปในทิศทางที่ดีขึ้น

เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยปางค่า มี อยู่ด้วยกัน 2 คน คือคุณ ประหยัด หินทรายทำหน้าที่หัวหน้าสถานีนอนามัย และคุณธีระพล เลิศสงคราม “พ่อหมอ” ของคนปางค่า การทำงานของทั้งสองคนใช้การพูดคุยปรึกษาหารือและช่วยเหลือกันโดยตลอด จนออกแบบการทำงานกับชุมชนด้วยการสร้างกลไกการพัฒนาต่างๆ ขึ้น ได้แก่

การสร้างพื้นที่เรียนรู้ คือการแปลงพื้นที่ของสถานีนอนามัย ให้เป็นพื้นที่สาธารณะของคนปางค่า

สถานีอนามัยปางค่าไม่ได้เป็นเพียงสถานบริการด้านสุขภาพเท่านั้นแต่ได้สร้างพื้นที่ให้ทุกคนสามารถเรียนรู้ร่วมกัน อาทิ

- เป็นลานกีฬา สำหรับชาวบ้าน ทุกเย็นกลุ่มอายุต่างๆมาออกกำลังกายตามความถนัด เช่น แอโรบิก ตะกร้อ ฟุตบอล ปิงปอง ฯลฯ
- เป็นแหล่งผลิตข้าวกล้องแบบใช้ครกตำและไม่มีหมูน สมาชิกกลุ่มที่มีทั้งผู้ใหญ่และเด็กช่วยกันผลิตข้าวกล้องทุกวันเสาร์
- เป็นแหล่งอนุรักษ์และสืบทอดดนตรีพื้นบ้าน (สะล้อ ซอ ซึง) มีอุปกรณ์ให้ผู้ที่สนใจมาฝึกฝนและแสดงตามงานต่างของชุมชน
- เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอาชีพของเด็กและเยาวชน เช่น การเลี้ยงสัตว์ (ปลา/หมู/หุ้ม) การปลูกผักปลอดสารพิษ ทุกเวลาเย็น เด็ก / เยาวชน ช่วยกันดูแลรดน้ำ และให้อาหารปลาและหมูที่เลี้ยงไว้
- เป็นพิพิธภัณฑ์พื้นบ้าน โดยใช้ได้ถุนสถานีอนามัยจัดแสดงเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในอดีตเพื่อให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้และเห็นความสำคัญ
- เป็นแหล่งให้สุขศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ มีการจัดบอร์ดสุขศึกษาเรื่องสุขภาพต่างๆ ที่เป็นโรคประจำถิ่นหรือที่สำคัญแทรกตามจุดต่าง ๆ
- เป็นศาลาประชุมของชุมชน เช่นการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน การประชุมของกลุ่มต่างๆซึ่งปัจจุบันสถานีอนามัยปางค่าเป็นพื้นที่เรียนรู้ “หน้าหมู่บ้าน” สำคัญของชุมชนและช่วยเสริมพื้นที่หน้าหมู่บ้านวัดที่มีอยู่เดิม

บทเรียนสำคัญการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนตำบลปางค่า

ก. **บทเรียนการพัฒนาการเรียนรู้** จุดเด่นสำคัญของชุมชนปางค่า คือการสร้างการเรียนรู้ที่หลากหลาย

1. การสร้างเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

การพูดคุยปรึกษาหารือ ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ตามงานประเพณีต่างๆ การเอามือเอางาน หรือการเยี่ยมเยียนตามคุ่มบ้าน รวมทั้งการจัดเวทีต่าง ๆ ทำให้ชาวบ้านได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ทุกข์สุขของตนเองและชุมชน ซึ่งเป็นการหยุดทบทวนตนเองตลอดจนปลูกสร้างจิตสำนึกตัดสินใจหาทางออกร่วมกัน และฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ “การเข้าใจกันของชุมชน”



ตทพลักอุดมการณบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิรูปการ งานสุขภาพชุมชน

การฝึกอบรม ที่ต้องใช้ความรู้/เทคนิคต่างๆเฉพาะด้าน เช่น การทำปุ๋ยชีวภาพ, น้ำยาเอนกประสงค์, การเลี้ยงหมูหลุม หลังการอบรมชาวบ้านได้ทดลองทำ ปรับปรุงแก้ไข และหาความรู้เพิ่มเติมตลอดจนผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

การศึกษาดูงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนในรูปแบบต่างๆ ทั้ง ระดับชุมชนและเครือข่าย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ช่วยลดระยะเวลาของการเรียนรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจในทิศทางการเคลื่อนไหวงาน ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนอื่น ๆ ชุมชนปางค่าเรียนรู้จากประสบการณ์ของชุมชนอื่นและนำมาปรับใช้ในชุมชนตนเองค่อนข้างมาก

การคิด - ทำ - สรุป อย่างต่อเนื่องและเป็นวิถีชีวิตปกติ การเรียนรู้วิถีชีวิตไม่สามารถแบ่งเป็นเรื่องเป็นส่วนได้ต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต 8 ดี ของชุมชนจึงต้องทำไปพร้อมกันและต่างต้องสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน นอกจากนี้การสรุปบททวนจะทำให้เข้าใจถึงความสำคัญ คุณค่า และก้าวต่อไป

การสื่อสารเพื่อชุมชน การเข้าใจกันเป็นพื้นฐานสำคัญของการอยู่ร่วมกันของชุมชน การที่ชาวบ้านมีโอกาสสื่อสารกันในหลายช่องทางผ่านกลไกที่หลากหลาย กระจายไปสู่ระดับครอบครัวนั้น ช่วยลดความขัดแย้งแตกแยก และช่วยสร้างความเข้าใจ ตลอดจนความร่วมมือต่องานส่วนรวม

กลุ่ม/กิจกรรม เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้คนได้พบปะสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีกลุ่ม/กิจกรรมหลากหลาย ช่วยให้ชาวบ้านมีพื้นที่และโอกาสได้แสดงความรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มต่างๆยังเชื่อมโยงกันตามวิถีชีวิตของชุมชน

2. การเปิดพื้นที่เรียนรู้ การมีพื้นที่เรียนรู้ “ของหน้าหมู่บ้าน” ที่เป็นทั้งพื้นที่ทางความคิดหรือกิจกรรมต่างๆช่วยให้ชาวบ้านแสดงออกถึงศักยภาพของตนเอง พื้นที่ “หน้าหมู่บ้าน” (ไม่ใช่ทรัพย์สินเฉพาะตน/ทรัพย์สินส่วนรวม) เป็นการจัดการที่ต้องมีข้อบังคับกฎเกณฑ์ของการอยู่การใช้ร่วมกัน แต่เดิมชุมชนมีพื้นที่หน้าหมู่บ้านสำคัญคือ “วัด” และเมื่อวัดได้ลดบทบาทลงจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป การสร้างพื้นที่หน้าหมู่บ้านขึ้นมาหนุนเสริม คือ สถานีนอนามัยได้ช่วยให้ชุมชนสร้างการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

ข. บทเรียนการทำงานกับชุมชน แกนนำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อทิศทางการขับเคลื่อนของชุมชน โดยเฉพาะแกนนำทางความคิดที่มีอิทธิพลต่อชาวบ้านค่อนข้างสูง มีภาวะผู้นำตามธรรมชาติ ใช้อำนาจน้อย ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี สามารถถ่วงถ่วงสถานการณ์ภายในและภายนอก เลือกรับและใช้ประโยชน์จากภายนอกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีจำนวนเพียง

4-5 คน ส่วนแกนนำอื่นๆที่มีทั้งแกนนำตามคุ้ม แกนนำกลุ่ม แกนนำเฉพาะด้าน (8 ดี) และแกนกลางนั้นได้ช่วยกระจายอำนาจการตัดสินใจและขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนจากเดิมกระจุกอยู่ที่คนเพียงกลุ่มเดียวทำให้มีส่วนร่วมและเรียนรู้บ่อยเกิดปัญหาไม่มีคนทำงานเพื่อส่วนรวม

ค. บทเรียนการเคลื่อนงานที่มีพลัง ชุมชนได้ทบทวนวิเคราะห์ความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงภายใต้การมีจิตสำนึกร่วมจึงนำไปสู่ ตัวชี้วัด 8 ดี มีเป้าหมายคือ การอยู่ร่วมกันซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นการเรียนรู้ร่วมกันทำให้ทิศทางการทำงานขับเคลื่อนชัดเจนแต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์จริงของชุมชน

บทส่งท้ายการพัฒนาของสถานีอนามัยปางคำ

ในระบบบริการเชิงรับของสถานีอนามัยปางคำเชื่อว่าไม่แตกต่างจากสถานีอนามัยอื่นๆมากนัก ทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการครบตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่เชื่อว่าส่วนที่แตกต่างจากสถานีอนามัยอื่นๆ คือการสร้างโอกาสและพื้นที่เรียนรู้ของชุมชนภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง มีชุมชนเป็นฐาน สุขภาพจึงเป็นวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและหลากหลายมิติ ชุมชนสร้างตัวชี้วัดความสุข (สุขภาวะ) ขึ้นเองและมีกระบวนการขับเคลื่อนที่จะให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งอาจมีความต่างไปจากเกณฑ์ต่างๆที่กำหนดขึ้นจากส่วนกลาง

ดังนั้นจึงมั่นใจได้ว่าทิศทางการทำงานของที่นี่จะยั่งยืน จากการที่ชุมชนมีโอกาสตัดสินใจในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนเองและชุมชนมีความพึงพอใจต่อระบบบริการทั้งเชิงรุกและรับในระดับดีมาก

สรุปกรณีศึกษาการพัฒนาแบบสุขภาพชุมชน

: กรณีตัวอย่างสถานีอนามัยตำบลปางคำ

จากกรณีตัวอย่างของสถานีอนามัยตำบลปางคำ เป็นบทเรียนที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าแนวคิด วิธีการทำงานพัฒนาที่เริ่มจากการเตรียมตนเอง การทำงานกับเพื่อนหรือภาคีตลอดจนการเคลื่อนงานสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ซึ่งสรุปได้ดังนี้



ตทพลศึกษาดูแลการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติ การงานสุขภาพชุมชน

การเตรียมตัวเองให้เป็นคนทำงานที่มีสติ-ปัญญา

- ต้องรู้จักตัวเอง หมายถึง การรู้จักและเข้าใจว่าตนเองมีเป้าหมายและมีความมุ่งหมายอย่างไรในชีวิต และการทำงาน
- การปรับ การถอด วิธีคิดของตัวเอง “จากที่เคยตอบสนองทางการเป็นการตอบสนองของชาวบ้าน”
- ต้องมีความรู้จริงที่เกิดจากการปฏิบัติ ด้วยการ “เรียนรู้ตลอดชีวิต (คิด-ทำ-ทบทวน)”
- อ่อนโยน ให้เกียรติ ตนเองและคนอื่น
- ลักษณะนิสัย เป็นคน ช่างสังเกต และหยิบมาคิด อยู่ตลอดเวลา
- ท่าทีของการเข้าไป approach ชุมชน ต้องมีลักษณะ/ท่าทีแบบแลกเปลี่ยนเพื่อเรียนรู้
- เข้าใจวิธีการพัฒนาที่ควรเริ่มจากจุดเล็ก ๆ แล้วเคลื่อนขยายไปสู่จุดใหญ่ “กินทีละคำ ทำทีละนิด ดีกว่าติดอยู่กับที่”
- สามารถหยิบปรากฏการณ์ในชุมชน (วิกฤติ มาสร้างเป็นโอกาส “กระแสการพัฒนา” ได้อย่างลงตัว)
- เอาจริงเอาจัง ทำงานต่อเนื่อง
- สามารถแปลงเรื่องนโยบายเป็นเรื่องของหน้าหมู่บ้าน แล้วจำแนก เป็นว่าเรื่องไหนของเราที่ต้องทำเอง เรื่องไหนที่ต้องเป็นเรื่องของหน้าหมู่บ้าน วิธีการก็คือ แปลงเป้าหมายเป็น ใจหทัยร่วมของหน้าหมู่บ้าน เวลาถูกถามถูกตาม ชาวบ้านเขาจะตอบเอง

การทำงานกับเพื่อน/ภาคี เพื่อสร้างสรรคการทำงานกับกลยุณมิติ

- หาหัวเชื้อ - กลไกพลังภาคีชุมชน ให้เจอ ปลุกฝังจิตสำนึกและเจตนารมณ์ ลงมือปฏิบัติ เรียนรู้ และขยายผล
- สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- สร้างแกนนำ และปลุกจิตสำนึกแกนนำ จนเกิดเป็นเจตนารมณ์ร่วม
- แกนนำต้องมีเวทีที่ได้พบปะกัน ทบทวนกัน อย่างสม่ำเสมอ
- แบ่งบทกันทำงาน
 - * บทบาทผู้ปลุกกระแส สร้างเจตนารมณ์อุดมการณ์ (พ่อนาน “มีบทบาทในการสร้างจิตสำนึก”)

- * บทบาทของภาครัฐในฐานะนักพัฒนา ต้องทำตัว เป็นแมวมอง และต้องสามารถจัดการเรียนรู้ ที่เป็นอิสระ และต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้ไม่ใช่เพื่อการหาคำตอบ แต่เป็นการเรียนรู้เพื่อการตั้งคำถาม
- * กลไกเชื่อมประสานระหว่างงานของรัฐบาล กับงานของราษฎร์ “ผมถือว่าที่ผมรับมาเป็นงานของหน้าหมู่บ้าน จะทำอะไรผมต้องกลับมาประสานกับหน้าหมู่บ้านก่อน ถ้าจำเป็นต้องรับผมก็จะรับแล้วก็เสนอเป็นกิจกรรมให้”

การขับเคลื่อนระบบสุภาพบุรุษ ด้วยการพัฒนาชุมชนเรียนรู้

- กระบวนการพัฒนาเริ่มต้นจากการปลูกและปลุกจิตสำนึกให้รู้จัก และรักตัวเอง (ชุมชน) “ถ้าหากว่าใครคนหนึ่งมาถามว่า บ้านปางค่าอยู่ตรงไหน ขอให้ชี้มาที่ตัวเอง คำว่า “ปางค่า” ก็คือทุกคน เป็นของทุกคน” ให้รักและหวงแหนในทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน ด้วยการพลิกวิกฤติชุมชน เป็นการสร้างจิตสำนึกและเจตนารมณ์ การอยู่ร่วมกันและการพัฒนา “สิ่งเหล่านี้ฝังอยู่ในจิตสำนึกของชาวบ้านปางค่าทุกคน ผมเป็นผู้ค่อย เหตุการณ์เหล่านี้มาสร้างเป็นกระแสการพัฒนา”
- มีเป้าหมายการพัฒนาชัดเจน ตัวอย่างที่ตำบลปางค่าให้เป้าหมาย 8 ดี ซึ่งชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้นเป็นเป้าหมายในการทำงานของชุมชน
- การจัดการให้การดำเนินงานแต่ละกิจกรรมเป็นการทำงานที่มี เจ้าภาพ-แกนนำ ต้องหาคนที่มีความรู้หมู่บ้านให้ได้
- มีกระบวนการบริหารจัดการจัดการชุมชน จัดการให้ รู้ทุกข์-รู้ทุน-รู้เป้าหมาย-รู้ทาง ตลอดจนประยุกต์วิธีทำงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน
- มีสื่อหรือเครื่องมือที่จะสร้างเสริมการเรียนรู้ของชุมชน (พูดคุย-ชักชวน ทำตัวเป็นแบบ “ทำให้ดู อยู่ให้เห็น เย็นให้สัมผัส พ่อหนานสิงแก้ว)
- กระบวนการทำงานเน้นการประสาน สี่เสา (ไม่ใช่สี่เสา) ระหว่าง วัด-โรงเรียน-อนามัย และบ้าน
- มีกลไกการกลั่นกรองความรู้และประสบการณ์จากภายนอก ที่จะเข้ามาในชุมชน
- มีการจัดการเพื่อการสืบทอดส่งต่อ ระหว่างกลุ่มคน-กลุ่มรุ่น
- มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสร้างการเรียนรู้



ตทพลีกอุดมการณับริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบติการ งานสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- การทำงานสุขภาพหรือการพัฒนาของหน่วยงานภาครัฐ จะต้องไปหนุนเสริมเรื่องความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน ไม่แยกส่วนจากวิถีชีวิต ถ้าดีควรให้วิถีการพัฒนาหลอมรวมกันจนเป็นเนื้อเดียวระหว่างเป้าหมายของรัฐและราษฎร
- สิ่งที่ส่งมาถึงชาวบ้านควรส่งมาในรูปแบบของโจทย์เพื่อการพัฒนา ไม่เป็นการเอาคำตอบไปบอกให้ทำ
- การจัดการพัฒนาเปลี่ยนจากการเอาเงินนำคน แต่เป็นการเอาเงินมาหนุนเสริม